

Приложение  
к приказу № 180  
от «23» июня 2025 года  
Министерства  
здравоохранения  
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**  
**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ПСИХИЧЕСКОГО  
ЗДОРОВЬЯ**  
**ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ  
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО  
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ  
НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

**Ташкент 2025**

**«УТВЕРЖДАЮ»**  
**Директор РСНПМЦЗ**  
**З.Ш.Ашуров**



\_\_\_\_\_ 2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ  
ПО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ  
БОЛЬНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

**Ташкент – 2025**

## Оглавление

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....	5
НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО СОСТАВЛЕНИЮ ПРОГРАММ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ».....	24

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО  
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ  
НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

**Ташкент – 2025**

## ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

### Кодирование по МКБ-10

F10.2	Синдром зивисимости от алкоголя
F11.2	Синдром зивисимости от опиоидов
F12.2	Синдром зивисимости от каннабиноидов
F13.2	Синдром зивисимости от седативных или снотворных веществ
F14.2	Синдром зивисимости от кокаина
F15.2	Синдром зивисимости от других стимуляторов, включая кофеин
F16.2	Синдром зивисимости от аллюциногенов
F18.2	Синдром зивисимости от летучих растворителей
F19.2	Синдром зивисимости при одновременном употреблении нескольких наркотических средств и использовании других психоактивных веществ

### Кодирование по МКБ-11

6C40.2	Алкогольная зависимость
6C41.2	Зависимость от каннабиса
6C42.2	Зависимость от синтетических каннабиноидов
6C43.2	Зависимость от опиоидов
6C44.2	Зависимость от седативных, снотворных или анксиолитических средств
6C45.2	Зависимость от кокаина
6C46.2	Зависимость от стимуляторов, включая амфетамины, метамфетамин или меткатинон
6C47.2	Зависимость от синтетических катинонов
6C49.2	Зависимость от галлюциногенов
6C4B.2	Зависимость от летучих ингалянтов
6C4C.2	Зависимость от МДМА или его аналогов, в том числе МДА
6C4D.2	Зависимость от диссоциативных наркотических веществ, включая кетамин или РСР
6C4E.2	Зависимость от другого уточненного психоактивного вещества
6C4F.2	Зависимость от нескольких уточненных психоактивных веществ
6C4G.2	Зависимость от неизвестного или неуточненного психоактивного вещества

#### Дата разработки и пересмотра протокола:

2025 год, дата пересмотра 2027 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

#### Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр психического здоровья (РСНПМЦПЗ).

## **В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:**

По организации процесса члены рабочей группы по направлению Наркология:

Ашуров З.Ш. – директор РСНПМЦПЗ, д.м.н., профессор, главный специалист МЗ по психиатрии и наркологии

Хайрединова И.И. – ученый секретарь РСНПМЦПЗ, PhD

Чембаев Б.Р. – заместитель директора РСНПМЦПЗ, PhD

## **Список авторов:**

Турсунходжаева Л.А.	д.м.н., профессор кафедры наркологии ЦРПКМР
Бахрамов Ф.Ш.	доктор (PhD), заместитель директора РСНПМЦПЗ, зав. кафедрой наркологии ЦРПКМР
Баймирова Л.Т.	доктор (PhD) ассистент кафедры наркологии ЦРПКМР
Азизова Д.К.	ассистент кафедры наркологии ЦРПКМР

## **Рецензенты:**

Имамов А.Х.	д.м.н., профессор, консультант Самаркандской областной психиатрической больницы
Сиволап Ю.П.	д.м.н., профессор кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета непрерывного медицинского образования РУДН имени Патриса Лумумбы

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Совещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации психиатров Узбекистана, организаторов здравоохранения (директоров филиалов РСНПМЦПЗ и их заместителей) в онлайн-формате 18 марта 2025 г.

Руководитель рабочей группы – Турсунходжаева Л.А. д.м.н., профессор, заведующий кафедрой наркологии и подростковой психопатологии ЦРПКМР.

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра психического здоровья 28 марта 2025 г., протокол №2.

Председатель Ученого Совета – директор РСНПМЦПЗ д.м.н., профессор З.Ш.Ашуров

Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. Нурхаджаев Сабир Насирхаджаевич - Ташкентский педиатрический медицинский институт
2. Сулаймонов Сунатилла Рахимович - Ташкентский педиатрический медицинский институт

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

### Список сокращений:

ПАВ	–	психоактивное вещество
МСР	–	медико-социальная реабилитация
ПМСР	–	программа медико-социальной реабилитации
ИРП	–	индивидуальная реабилитационная программа
ЛРП	–	лечебно-реабилитационный процесс
УРП	–	уровень реабилитационного потенциала
РП	–	реабилитационный потенциал
РС	–	реабилитационная среда

### Пользователи протокола:

1. врачи-наркологи
2. медицинские психологи
3. психотерапевты
4. врачи-психиатры
5. семейные врачи
6. терапевты
7. организаторы здравоохранения
8. студенты, клинические ординаторы, магистранты медицинских ВУЗов.

### Категория пациентов по данной нозологии:

Больные, страдающие зависимостью психоактивных веществ (ПАВ), не желающие добровольное лечение, создающие угрозу безопасности и здоровью окружающих либо нарушающие общественный порядок, права других лиц в состоянии опьянения психоактивными веществами.

### Аннотация

В данном протоколе представлен комплексный подход к реализации медико-социальной реабилитации. Вопросы реабилитации наркологических заболеваний освещены всесторонне. Рекомендации содержат актуальные вопросы медико-социальной реабилитации наркологических заболеваний в современных условиях, такие как, составление программы медико-социальной реабилитации с акцентом на ее основные лечебные факторы с учетом реабилитационного потенциала наркологических больных, этапов реабилитации, реабилитационной (терапевтической) среды. Также подробно освещена работа психолога на последовательных этапах лечебно-реабилитационного процесса с применением различных психотерапевтических методов. Развернуто представлена методика мотивационного консультирования для всех специалистов, участвующих в реабилитационной программе. Также приведен перечень медицинских услуг, осуществляемых в амбулаторных и стационарных условиях при оказании реабилитационной помощи.

## Методология разработки клинического протокола

### Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований (РКИ) с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований
3	Клинические исследования с применением мета-анализа
4	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
5	Несравнительные исследования, описание клинического случая

### Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

### Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций

УРР	
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

## Введение

### Общие вопросы

Заболевания, связанные с зависимостью от ПАВ, являются единым патологическим процессом, имеющим различные клинические формы: зависимость от алкоголя, наркотических средств и психотропных веществ. Биологическую основу патогенеза заболеваний, связанных с зависимостью от ПАВ, составляет психический дизонтогенез, этиологически выводимый из биохимических нарушений головного мозга (генетическая предрасположенность, травмы, психические и соматические заболевания), психологической дисгармонии, социокультурного и этнического рассогласования, а также искаженной информационной среды.

С учетом полиэтиологичности и биопсихосоциодуховной природы зависимости от ПАВ, оказание медицинской помощи пациентам с зависимостью от ПАВ включает медицинские услуги по лечению и медико-социальной реабилитации (далее - МСР) с учетом социокультурных и информационных аспектов коррекции индивидуального психического состояния пациента. При формировании ремиссии зависимости от ПАВ и остановки болезненного процесса нередко остается сумма провоцирующих употребление ПАВ факторов, что диктует необходимость длительного медицинского наблюдения и противорецидивного лечения.

### Термины

- **Медико-социальная реабилитация** лиц, страдающих наркологическими заболеваниями, – система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых мер, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, восстановление утраченных социальных связей и социального статуса, обеспечение приспособления к условиям труда и быта у лиц, страдающих наркологическими заболеваниями.
- **Лицо, страдающее наркологическим заболеванием** - лицо, у которого врачом-наркологом установлен диагноз наркологического заболевания.
- **Медицинский осмотр** - комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития.
- **Медицинская экспертиза** - проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина.
- **Медицинское освидетельствование лица** - совокупность методов медицинского осмотра и медицинских исследований, направленных на подтверждение такого состояния здоровья человека, которое влечет за собой наступление юридически значимых последствий.
- **Лечащий врач** устанавливает диагноз, который является основанным на всестороннем обследовании пациента и составленным с использованием медицинских терминов медицинским заключением о заболевании (состоянии) пациента, в том числе явившемся причиной смерти пациента.
- **Диагноз**, как правило, включает в себя сведения об основном заболевании или о состоянии, сопутствующих заболеваниях или состояниях, а также об осложнениях, вызванных основным заболеванием и сопутствующим заболеванием.

- **Лечение** - комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни.

## Медицинские услуги, предоставляемые больным наркологического профиля

**Прием (осмотр, консультация) врача-нарколога первичный** осуществляется в первый день поступления в **наркологическое** отделение. Выясняются преморбидные особенности развития личности, особенности клиники и динамики заболевания, в том числе наличие и отсутствие приема ПАВ в последнее время, личностный и социальный статус больного (наличие или отсутствие профессии, круг интересов, посещение спортивных секций, культурных мероприятий, степень социальной адаптации, связь с криминальными структурами), мотивация на участие в лечебно-реабилитационном процессе. С целью получения объективной и полной информации о больном проводится беседа с его родственниками или другими значимыми для него людьми (учитель, представители администрации по месту жительства больного, близкие люди и т.д.). Акцентируется внимание на исследовании кожных покровов и слизистых с целью выявления свежих следов инъекций наркотических средств. Измеряется артериальное давление, частота пульса, исследуется область сердца, легких, живота (определяются границы печени).

### Выявляются:

- признаки обострения патологического влечения к ПАВ;
- астенические расстройства;
- эмоциональные и аффективные расстройства;
- интеллектуально-мнестические расстройства;
- поведенческие расстройства;
- абстинентный синдром: общая слабость, потливость, ринорея, чихание, слезотечение, мышечные боли или судороги, абдоминальные спазмы, тошнота или рвота, диарея, "гусиная кожа", периодический озноб, тахикардия, зевота, беспокойный сон, дисфория;
- постабстинентный синдром;
- признаки употребления ПАВ: эйфория, расширение или сужение зрачков и др., при необходимости - диагностическое тестирование мочи на выявление наркотиков и их метаболитов.

По результатам комплексной оценки данных анамнеза, жалоб, физикального осмотра **врач - нарколог** определяет УРП в соответствии со шкалой. Совместно с членами реабилитационной бригады (психологом, специалистом по социальной работе и др.) участвует в составлении ИРП.

**Прием (осмотр, консультация) врача-нарколога повторный** - осуществляется в течение всего периода наблюдения (особенно при МСР в амбулаторных условиях) с периодичностью не реже двух раз в неделю на адаптационном этапе, 1 раза в неделю - на интеграционном этапе, 1 раза в месяц - на стабилизационном этапе (в среднем - не менее 12 - 14 раз в первые 3 месяца реабилитации и 6 - 8 раз в последующие каждые 3 месяца). В ходе осмотров оценивают динамику состояния пациента. Ежемесячно оцениваются результаты выполнения реабилитационной программы.

Обязательной составляющей приема (осмотра, консультирования) является психотерапия (психокоррекция). Она проводится на всех этапах МСР и направлена на устранение личностных

и поведенческих расстройств, закрепления достигнутых результатов лечения и мотивацию больных на участие в реабилитационных программах. Выбор и продолжительность методов и техник психотерапии определяется особенностями клиники синдрома зависимости от ПАВ, личностного и социального статуса пациента. Применяется хотя бы один из перечисленных методов индивидуальной или групповой психотерапии: когнитивная, бихевиоральная (поведенческая), психодинамическая, гуманистическая, системная, а также обязательно - семейная психотерапия.

**Измерение массы тела** производится для оценки эффективности реабилитационного процесса у лиц с признаками истощения, для расчета индекса массы тела с целью оценки риска сопутствующих заболеваний - сердечно-сосудистых, эндокринологических и пр.

## Реабилитационный потенциал и уровни реабилитационного потенциала

**Реабилитационный потенциал** - многофакторная клиническая, психологическая и социальная диагностика, а также прогностическая оценка способностей и возможностей наркологических больных на продолжительные ремиссии и ресоциализацию, возвращение в семью и к общественно полезной деятельности. Базируется на объективных данных о наследственности, преморбиде, соматическом состоянии, виде, тяжести и последствиях наркологического заболевания, особенностях личностного (духовного) развития и социальном статусе больных.

**Уровни реабилитационного потенциала** - потенциальная возможность пациента с синдромом зависимости от ПАВ к отказу от употребления ПАВ, возвращению в семью, к общественно полезной деятельности, что может расцениваться как выздоровление, определяется многообразными клиническими и внеклиническими факторами, к которым относятся особенности наследственности, физического и психического развития в преморбидном периоде, социального статуса, а также форма и тяжесть синдрома зависимости от ПАВ, медицинские и социальные последствия употребления ПАВ, индивидуальные когнитивные, эмоциональные, мотивационные, коммуникативные, морально-этические особенности, направление личностного и социального развития, ценностная ориентация пациента. Совокупность этих клинических и внеклинических факторов составляет реабилитационный потенциал пациента, под которым понимают интегральную характеристику всех последовательных этапов формирования синдрома зависимости от ПАВ,

В зависимости от степени выраженности основных составляющих реабилитационного потенциала пациенты с синдромом зависимости от ПАВ разделяют на три группы: с высоким, средним и низким уровнем реабилитационного потенциала (УРП).

**Высокий УРП** характеризуется совокупностью следующих общих признаков:

- низким удельным весом наследственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями, преимущественно нормативным психическим и физическим развитием,
- хорошими или удовлетворительными условиями воспитания;
- начальной (первой) стадией зависимости по МКБ-10;
- отсутствием передозировок психоактивных веществ и суицидальных тенденций;
- относительно позднее начало употребления ПАВ;
- наличием спонтанных ремиссий;

- низкой интенсивностью симптомов алкогольного или наркотического абстинентного синдрома (нивелируются в течение 2-3 дней); постабстинентные расстройства не выражены или слабо выражены;
- достаточной устойчивостью нормализованных семейных отношений, вовлечением в учебу или работу, приобретенной или приобретаемой профессией, относительным разнообразием социокультуральных интересов (искусство, спорт, бизнес и пр.), отсутствием вовлеченности в криминальные или полукриминальные структуры;
- появлением первых признаков социальной дезадаптации;
- легкими морально-этическими нарушениями (частичное снижение нормативной ценностной ориентации, чувства ответственности, долга и стыда, появление лживости, грубости, позерства, непостоянства, черствости, эгоцентризма, эпизоды воровства и пр.);
- легкими интеллектуально-мнестическими нарушениями (некоторое ухудшение памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, быстрая психическая истощаемость, сниженная или фрагментарная критика к заболеванию, чаще всего повышенная самооценка, мотивы на лечение преимущественно связаны с позитивными личностными и социальными планами и пр.);
- легкими эмоциональными нарушениями (эмоциональная лабильность, напряженность, повышенная раздражительность, скандальность, появление тревоги и дистимий, утрата тонких эмоций и пр.);
- легкой деградацией личности, при которой отсутствуют стойкие изменения личности больных (интеллектуально-мнестическое снижение и грубые аффективные нарушения фактически отсутствуют, морально-этические отклонения носят транзиторный характер);
- желание избавиться от пристрастия к ПАВ, в связи с чем мотивация на участие в реабилитационном процессе носит добровольный характер с преобладанием мотивов роста, т.е. преобладает желание учиться, получить хорошее образование, продвигаться по служебной лестнице, быть успешным, соблюдать морально-этические принципы общества и т.д.

#### **Частные признаки высокого УРП:**

##### Для больных алкоголизмом:

- относительно поздним началом употребления алкогольных напитков (14-15 лет);
- продолжительностью заболевания до 2-3 лет;
- отсутствием в анамнезе алкогольных психозов;
- высокой толерантностью к алкоголю;
- преимущественно периодической формой злоупотребления алкоголем.

##### Для больных опиатной наркоманией:

- продолжительностью заболевания до 1 года;
- неинъекционные формы употребления ПАВ (преимущественно интраназальным, пероральным или ингаляционным способами употребления наркотиков),
- периодической формой влечения к наркотикам;
- мононаркоманией.

#### **Психологические особенности лиц с высоким уровнем реабилитационного потенциала:**

1. Снижение качества жизни, связанное со здоровьем (физическое состояние практически не влияет на ролевое функционирование, достаточно позитивная оценка общего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения, жизнеспособность чаще оценивается положительно, физическое или эмоциональное состояние практически не

ограничивает социальную активность (общение), эмоциональное состояние чаще всего не мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности, настроение чаще положительное, чем отрицательное).

2. Низкий или средний уровень напряженности копинг-стратегий (конфронтативный копинг, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка). Допустимо небольшое повышение напряжения по наиболее адаптивной копинг-стратегии - планированию решения проблемы.
3. Недостаточно выраженная деформация смысложизненных ориентаций (средний или ниже среднего уровень общей осмысленности жизни, наличие целей на будущее, средний уровень эмоциональной насыщенности жизни, удовлетворенности самореализацией, легкое снижение представлений о себе, как о сильной личности, способной хоть в какой-то степени управлять своей жизнью).
4. Отсутствие выраженного нарушения значимых отношений личности (средневыраженный уровень эгоистичности, агрессивности, подозрительности, альтруизма).
5. Уровень макиавеллизма находится в пределах нормы, ближе к нижней ее границе (отсутствие выраженной манипуляции при общении с людьми, отсутствие или неярко выраженная эгоистичность).
6. Уровень эмпатии недостаточно снижен, находится в пределах нормы (отсутствие затруднения в установлении контактов с людьми, достаточно развитое взаимопонимание с окружающими).
7. Восприятие внутренней картины болезни практически не изменено (существует достаточно выраженная мотивация к преодолению болезни).
8. Отсутствие или слабо выраженное снижение уровня волевого самоконтроля (уровень развития самообладания, настойчивости и общего значения волевого самоконтроля находятся в пределах нормы или немного снижены, т.е. отсутствие у реабилитанта эмоциональной неустойчивости, ранимости, неуверенности в себе, невысокой рефлексивности, импульсивности и неустойчивости намерений, обидчивости, непоследовательности в поведении, сниженного самообладания).
9. Наличие социально-психологических мотивов приема наркотиков (субмиссивные мотивы употребления наркотиков) и отсутствие сформированной мотивации к употреблению психоактивных веществ, особенно личностных, персональных мотивов потребления наркотиков (гедонистические, атарактивные, гиперактивации поведения) и патологической мотивации употребления наркотиков (абстинентные, аддиктивные, мотивы самоповреждения).
10. Легкие нарушения, связанные с невыраженными изменениями восприятия психологического времени (намечается тенденция к переживанию прошлого, как негативного, но при достаточно выраженном положительном отношении к прошлому опыту, наличие средневыраженной ориентации на будущее, отсутствие убеждения жесткой определенности будущего, отсутствие ярко выраженной ориентации на получение удовольствия).

**Средний УРП характеризуется совокупностью следующих общих признаков:**

- средним удельным весом наследственной отягощенности наркологическими и психическими заболеваниями по прямой (отец, мать) или восходящей линии родителей (бабушка, дедушка);
- воспитанием в неполной семье, средним или плохим материальным положением, часто неровными или деструктивными отношениями между членами семьи;

- относительно часто встречающейся задержкой физического или психического развития, девиантностью поведения, нарушениями сексуальной сферы, легкой внушаемостью;
- средней (второй) стадией зависимости по МКБ-10;
- короткими (до 3 мес.) и среднекороткими (до 6 мес.) терапевтическими ремиссиями;
- редкими случаями спонтанных ремиссий, которые если и наблюдаются, то они, как правило, короткие и неустойчивые;
- алкогольный и наркотический (героиновый) абстинентный синдром и постабстинентные расстройства имеют интенсивную и стойкую клиническую выраженность (продолжается до 7-10 дней, постабстинентные расстройства - до 1,5 - 2 месяцев);
- к родителям и близким склонность к злобности и жестокости, дистимии и депрессии в постабстинентном периоде и в ремиссии и пр.);
- средней степени деградацией личности - интеллектуально-мнестические и морально-этические изменения средней тяжести (эгоцентризм, лживость, лицемерие, вороватость, безответственность, цинизм, неуступчивость, агрессивность и пр.). Вместе с тем, больные стремятся произвести хорошее впечатление на тех людей, которые их мало знают, тщательно скрывают злоупотребление наркотиками/алкоголем.
- конфликтными отношениями с родителями, супругом (женой, мужем), детьми и другими родственниками;
- трудно корригируемым поведением, проявляющимся в агрессивности, повышенной раздражительности, неуступчивости, порой замкнутостью, мотивационной неустойчивостью;
- однообразным или низким кругом социальных интересов;
- утратой профессиональных навыков и «умений», безразлично-пассивным отношением к труду;
- частичной социальной дезадаптацией и социофобией;
- средней выраженности морально-этическими нарушениями (значительные нарушения нормативной ценностной ориентации, лживость, бесстыдство, грубость, неопрятность, нарушения коммуникабельности, сексуальная распущенность, рентность, эгоцентризм, воровство, хулиганство, криминогенность, снижение материнского/отцовского инстинкта, асоциальность или антисоциальность и пр.);
- средней выраженности интеллектуально-мнестическими нарушениями (явные расстройства памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, замедление ассоциативного процесса, снижение познавательных функций высокого уровня, (абстрагирование, планирование, гибкость познания, проницательность и др.) и круга интересов, поверхностность суждений, критика к заболеванию формальная или почти отсутствует, нереальная самооценка (завышенная или сниженная), мотивы на лечение преимущественно прагматические и пр.);
- средней выраженности аффективными нарушениями (несдержанность, эмоциональная холодность).

#### **Частные признаки среднего УРП:**

##### Для больных алкоголизмом:

- относительно ранним началом употребления алкогольных напитков (12-13лет)
- продолжительностью заболевания не менее 3-5 лет;
- стабильной или несколько снижающейся толерантностью к алкоголю;
- наличием палимпсестов алкогольного опьянения;
- запойным типом пьянства;

- преимущественным преобладанием постоянного среднеинтенсивного влечения к алкоголю;

#### Для больных наркоманией:

- относительно ранним началом употребления наркотиков (15-16 лет);
- продолжительностью заболевания от 1 года до 3 лет;
- преимущественно внутривенным введением наркотиков, параллельным злоупотреблением другими психоактивными веществами;
- преобладанием постоянной формы влечения к наркотикам, особенно в периоды рецидивов заболевания;
- единичными случаями передозировки наркотиков и суицидальными мыслями (иногда демонстративные суицидальные действия) в период наркотического абстинентного синдрома.

#### **Психологические особенности лиц со средним уровнем реабилитационного потенциала:**

1. Наличие определенных симптомов снижения качества жизни, связанного со здоровьем (физическое состояние оказывает влияние на ролевое функционирование, оценка общего состояния здоровья, перспектив лечения и жизнеспособности несколько снижается, наличие неявно выраженного ограничения социальной активности (общения) со стороны физического или эмоционального состояния, эмоциональное состояние чаще всего не мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности, настроение чаще отрицательное, чем положительное).
2. Повышение напряженности копинг-стратегий (конфронтативный копинг, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка).
3. Средне выраженная деформация смысложизненных ориентаций (ниже среднего уровень общей осмысленности жизни, снижение степени нацеленности на будущее, низкий уровень эмоциональной насыщенности жизни и удовлетворенности самореализацией, снижение представлений о себе, как о сильной личности, способной хоть в какой-то степени управлять своей жизнью).
4. Наличие нарушений значимых отношений личности (повышенный уровень эгоистичности, агрессивности, подозрительности, при достаточно высоком уровне псевдоальтруизма).
5. Уровень макиавеллизма находится в пределах нормы, ближе к верхней ее границе (присутствие слабовыраженной манипуляции при общении с людьми, повышенный уровень эгоистичности).
6. Уровень эмпатии снижен (наличие слабовыраженных затруднений в установлении контактов с людьми, взаимопонимание с окружающими практически не нарушено).
7. Восприятие внутренней картины болезни изменено незначительно (средневыраженная мотивация к преодолению болезни).
8. Снижение уровня волевого самоконтроля (отсутствие достаточной уверенности в себе, снижение устойчивости намерений, низкая эмоциональная устойчивость, низкая способность владения собой в различных ситуациях, практически отсутствует чувство внутреннего долга, недостаточное стремление к завершению начатого дела).
9. Наличие социально-психологических мотивов приема наркотиков (субмиссивные мотивы употребления наркотиков) и личностных, персональных мотивов потребления наркотиков (гедонистические, атарактивные, гиперактивации поведения), при отсутствии

сформированной или слабовыраженной патологической мотивации употребления наркотиков (абстинентные, аддиктивные, мотивы самоповреждения).

10. Наличие нарушений, связанных с изменениями восприятия психологического времени (низкий уровень принятия своего прошлого, сниженная способность осознания, что события в прошлом привели к тому, что есть в настоящем, отсутствие целей и планов на будущее, отсутствие или слабовыраженное убеждение жесткой определенности будущего, ориентация на получение удовольствия).

**Низкий УРП характеризуется совокупностью следующих общих признаков:**

- высоким удельным весом наследственной отягощенности наркологическими или психическими заболеваниями по линии родителей (мать, отец) или ближайших родственников (бабушка, дедушка, дядя, тетя, брат, сестра);
- воспитанием в неполных семьях среднего или низкого материального положения с неровными или конфликтными отношениями в семье;
- злоупотреблением алкоголем (пьянством) одного или обоих родителей, гиперопекой родителей (или разведенной матерью);
- задержкой или патологией физического и, особенно, психического развития; инфантилизмом, невротическим развитием, психопатией, девиантным (порой делинквентным) поведением в анамнезе (примерно, в двух третях случаев);
- как правило, посредственной успеваемостью в школе (особенно в средних и старших классах);
- крайне ограниченным и неустойчивым кругом социальных интересов;
- конечной (третья) стадией зависимости по МКБ-10;
- отсутствием спонтанных ремиссий;
- отсутствием собственной супружеской семьи;
- крайне конфликтными или конфликтными семейными отношениями с преобладанием интерперсональной неприязни или агрессивности;
- чаще средним образованием, редко - незаконченным среднетехническим или высшим;
- снижением социально положительных установок на труд и учебу (как правило, больные не работают и не учатся, отношение к работе или учебе в основном безразлично-пассивное или негативное, у большинства больных профессиональные навыки и умение учиться частично, или полностью утрачены);
- почти тотальной социальной дезадаптацией и социофобией;
- грубыми морально-этическими нарушениями (грубые, порой необратимые нарушения нормативной ценностной ориентации, безответственность, лживость, бесстыдство, грубость, неопрятность, криминогенность, эгоцентризм, враждебность, агрессивность, тунеядство, снижение материнского/отцовского инстинкта и пр.);
- выраженными интеллектуально-мнестическими нарушениями (стойкие расстройства памяти, концентрации внимания, умственной работоспособности, ассоциативного процесса, грубое снижение познавательных функций высокого уровня и круга интересов, в ряде случаев психоорганический синдром, преимущественно сниженная самооценка, отсутствие критики к заболеванию, мотивы на лечение прагматические (физиологические) и пр.);
- выраженными аффективными нарушениями (недержание аффектов, эмоциональное оупение, жестокость, дистимии, депрессии, дисфории и пр.);
- выраженной деградацией личности - выраженное морально-этическое и интеллектуально-мнестическое снижение: ложь, безответственность, антисоциальность, гомосексуальные и садомазохистские тенденции, неумение

пользоваться своим опытом, стремление возложить вину за своё заболевание на окружающих;

- торпидность мышления, ослаблены способности к обобщению, к концентрации внимания, преобладает быстрая умственная утомляемость, бестолковость, снижение всех видов памяти; круг интересов преимущественно сосредоточен на наркотиках или пьянстве;
- гепатиты, заболевания, передающиеся половым путем, туберкулез или ВИЧ-инфекции,
- снижение либидо и потенции, сексуальные связи редкие или отсутствуют;
- критика к своему поведению и асоциальным поступкам снижена или отсутствует при условии полного признания своего заболевания;
- отсутствие веры в возможность выздоровления и нормализацию социального положения, поэтому мотивация на участие в реабилитационном процессе в основном проявляется не добровольным осознанным согласием, а основана на прагматических мотивах: избежать преследования, наказания, получить "поддержку", выгоду и прочее.

### **Частные признаки низкого УРП:**

#### Для больных алкоголизмом:

- нередко ранним началом употреблением алкоголя с 11-12 лет;
- продолжительностью заболевания алкоголизмом более 5-ти лет;
- значительным снижением толерантности к алкоголю;
- наличием в анамнезе алкогольных психозов;
- алкогольной энцефалопатией;
- преобладанием постоянного влечения к алкоголю;

#### Для больных наркоманией:

- ранним злоупотреблением психоактивными веществами - с 12-14 лет;
- обычно незаконченным средним образованием до начала употребления наркотиков;
- продолжительностью заболевания наркоманией более 3 лет;
- преимущественно внутривенным способом введения наркотика, в основном отмечается параллельное злоупотребление другими психоактивными веществами (каннабиноиды, психостимуляторы, галлюциногены, транквилизаторы и пр.);
- постоянным влечением к наркотикам;
- тяжело протекающим наркотическим абстинентным синдромом (опиатный, героиновый), сопровождающимся грубыми аффективными расстройствами, психопатоподобным поведением, асоциальными поступками и пр. (продолжительность 9-12 дней);
- продолжительными постабстинентными расстройствами - до 2-3 месяцев;
- передозировками наркотиков (очень часто), суицидальными мыслями и действиями (более чем у половины больных) в период наркотического абстинентного синдрома или в период ремиссий;
- высоким удельным весом больных (59%), либо привлекавшихся к уголовной ответственности, либо имеющих судимость, четко связанную с наркотиками.

### **Психологические особенности лиц с низким уровнем реабилитационного потенциала:**

1. Низкий уровень восприятия качества своей жизни, связанного со здоровьем (выраженное влияние физического состояния на ролевое функционирование, низкая оценка своего состояния здоровья в настоящий момент и отсутствие перспектив реабилитации, выраженное ограничение социальной активности физическим или эмоциональным состоянием, низкая самооценка психического здоровья,

эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности). Возможно неадекватное восприятие своего физического состояния.

2. Наблюдается повышение напряженности копинг-стратегий, достигающих до дезадаптивной формы (конфронтативный копинг, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка).
3. Выраженная деформация смысложизненных ориентаций (низкий уровень осмысленности жизни, отсутствие нацеленности на будущее, неудовлетворенность своей жизнью в настоящем, а также прожитой частью жизни, представление о себе как о достаточно слабой личности, низкий самоконтроль, неверие в возможность влиять на свое будущее).
4. Выраженные нарушения значимых отношений личности (высокий уровень эгоистичности, агрессивности, подозрительности и псевдоальтруизма).
5. Высокий уровень макиавеллизма (убежденность в том, что при общении с другими людьми ими можно и даже нужно манипулировать, недоверие к окружающим, частые, но неглубокие контакты с окружающими, предметная ориентация, эгоистичность).
6. Нарушение эмпатийных отношений (затруднение в установлении контактов с людьми, эмоциональная безучастность, отсутствие взаимопонимания с окружающими).
7. Искажение восприятия внутренней картины болезни (отсутствие мотивации к преодолению болезни, отсутствие модификации наркоманического образа поведения и восприятия, отсутствие позитивных изменений).
8. Нарушение волевой саморегуляции (отсутствие стремления к завершению начатого дела, высокая лабильность, неуверенность, импульсивность, которые могут приводить к непоследовательности поведения, отсутствие влияния социальных норм).
9. Наличие сформированности всех мотивов употребления наркотиков: социально-психологических мотивов приема наркотиков (субмиссивные мотивы употребления наркотиков), личностных, персональных мотивов потребления наркотиков (гедонистические, атарактивные, гиперактивации поведения), патологической мотивации употребления наркотиков (абстинентные, аддиктивные, мотивы самоповреждения).
10. Выраженные нарушения, связанные с искажением восприятия психологического времени (неприятие собственного прошлого, вызывающего отвращение, отсутствие целей и планов на будущее, ориентация на получение удовольствия, отсутствие заботы о последствиях, беспомощное и безнадежное отношение к настоящему, твердое убеждение, что будущее определено, а настоящее должно переноситься с покорностью).

## Цель, задачи и принципы медико-социальной реабилитации

**Целью МСР** является восстановление (формирование) нормативного личностного и социального статуса пациента на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального, творческого потенциала.

### **Задачи МСР:**

1. формирование у пациента осознанной и устойчивой мотивации (установки) на отказ от ПАВ и участие в ЛРП;
2. проведение лечебных мероприятий, направленных на купирование психических расстройств и расстройств поведения вследствие употребления ПАВ и на предупреждение рецидивов заболевания;
3. терапия имеющихся соматических и неврологических расстройств и заболеваний;

4. коррекция структуры личности пациента и обеспечение условий для позитивного личностного развития;
5. повышение уровня социального функционирования пациента (с подключением ресурсов семьи, общества);
6. достижение реальной социальной занятости: учеба, работа.

**Общие принципы оказания медицинской помощи** лицам с наркологическими заболеваниями учитываются при организации МСР:

1. добровольность (информированное согласие на участие в ЛРП);
2. комплексность, этапность и непрерывность лечебных и реабилитационных мероприятий и их достаточная продолжительность, преемственность стационарной и амбулаторной помощи;
3. многообразие и индивидуальность форм (моделей) реабилитационной работы.

Одна из проблем, усложняющих процесс МСР пациентов с зависимостью от ПАВ, состоит в том, что часть психических функций у них не сформирована в результате начала употребления ПАВ, а другие психические функции нарушены в результате потребления ПАВ. В связи с этим при построении реабилитационной программы необходимо учитывать не только реабилитационный, но и абилитационный аспекты МСР. При этом под абилитацией понимают систему медицинских, психологических, педагогических, юридических, профессиональных и социальных мер, направленных на формирование у пациентов отсутствующих и не сформировавшихся по тем или иным причинам функций.

**Принципы МСР лиц с зависимостью от ПАВ** с учетом биопсихосоциодуховной природы зависимости от ПАВ:

1. принцип партнерства, привлечение пациента к активному сотрудничеству в процессе МСР;
2. принцип мультидисциплинарности, разносторонности усилий, направленность их на разные сферы функционирования пациентов: психологическую, профессиональную, семейную, общественную, сферу досуга;
3. принцип соблюдение единства (комплексности) биологических и психосоциальных методов воздействия;
4. принцип этапности оказываемых услуг (мероприятий) с соблюдением определенной последовательности в применении различных элементов реабилитационного процесса.

**Условия, определяющие эффективность МСР:**

1. наличие личностного реабилитационного потенциала, стимулирующего больного к участию в ЛРП;
2. личная ответственность пациента за успешную реализацию реабилитационного процесса;
3. опора на позитивные, лично значимые для пациента социальные ценности;
4. обеспечение правовой и организационной регламентации ЛРП;
5. создание в реабилитационном отделении единой «бригады» (команды) специалистов: врач-нарколог, врач-психотерапевт, врач-медицинский психолог, социальный работник (средний медицинский персонал).

Эффективность реабилитационного процесса также зависит от правильной организации технологии ЛРП и максимальной индивидуализации применяемых подходов и методов. В соответствии с этим МР пациентов с синдромом зависимости должна опираться на следующие **организационные принципы:**

### Принцип динамической группировки пациентов в системе МСР

Основным и значимым прогностическим фактором формирования ремиссии синдрома зависимости от ПАВ является установка пациента на отказ от употребления ПАВ. Поскольку для данной категории пациентов типична неустойчивость мотивации (установки) на отказ от употребления ПАВ, особенно при взаимодействии с больным в активной фазе синдрома зависимости (за счет индуцирования синдрома патологического влечения к ПАВ, стереотипов поведения, влияния наркотической субкультуры), важнейшей задачей организации ЛРП является разделение пациентов с установкой на лечение и МСР и пациентов, у которых такая установка еще не сформировалась, для устранения эффекта индукции.

### Гибкая система социального прессинга в зависимости от вектора социальной активности пациента

Для пациентов с достаточно сформированной установкой на отказ от употребления ПАВ предусматриваются такие организационные формы лечебных программ, которые учитывают добровольность и другие щадящие социальный статус больных принципы. Из форм социального прессинга здесь достаточно правильно организованной антинаркотической пропаганды и информирование больных о соответствующих лечебных программах.

Для пациентов, которые не удерживаются в системе ЛРП и продолжают злоупотребление ПАВ, должны быть предусмотрены более жестко регламентированные отношения “потребитель-общество” и более жесткие формы организации ЛРП: открытая, полузакрытая и **закрытая** реабилитационная среда.

Система социального прессинга и динамической группировки пациентов позволяет оказывать медицинскую, психологическую и социальную помощь без социального ущемления максимальному числу пациентов, а также рационально распределять материальные ресурсы и медицинские (психологические, социальные) кадры.

### Программно-целевой подход в организации МСР

В рамках развития организационных основ ЛРП разработана технологически взаимосвязанная последовательность мероприятий (программ), имеющих своей целью восстановление процесса психического развития и социального функционирования больных – алгоритм реабилитационного процесса.

#### **Алгоритм МСР включает следующие мероприятия:**

1. Интервенция в виде первичной консультации и мотивационного интервью (первичное консультирование пациентов, их родственников и мотивирование пациента на включение в ЛРП.
2. Диагностика клинического, психологического и социального состояния пациента и УРП: определение факторов риска проведения реабилитационных мероприятий; факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий; морфологических параметров и функциональных резервов организма; состояния высших психических функций и эмоциональной сферы; степени сохранности бытовых и профессиональных навыков; агрессивных и поддерживающих факторов окружающей среды, влияющих на исход реабилитационного процесса.
3. Психофармакотерапия острых, подострых и резидуальных психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением ПАВ.

4. Формирование цели и задач МСР, разработка ИПР, комплексное применение лекарственной и немедикаментозной терапии с формированием комплаенса к лечению и МСР.
5. Медицинское наблюдение и формирование реабилитационной среды, взаимодействие семьей, с заинтересованными организациями и ведомствами.
6. Социально-ориентированные мероприятия, направленные на реадaptацию пациентов, с применением социально ориентированных методов психотерапии: поведенческая психотерапия (система «поощрения-наказания», тренинг социальных навыков, ситуационный тренинг), групповая дискуссионная психотерапия, семейная психотерапия. Могут применяться специальные методы, направленные на повышение уровня психофизиологической, эмоциональной и поведенческой саморегуляции: аутогенная тренировка, лечебная физкультура, спортивные занятия.
7. Формирование лечебной субкультуры выздоравливающих пациентов, в том числе с привлечением пациентских самодеятельных, общественных негосударственных организаций.
8. Оценка эффективности МР и прогноз.

Каждый этап МСР предполагает организацию структурных подразделений медицинской организации для дифференцированного решения задач, а также обеспечения последовательности и преемственности работы, в которых реализуются конкретные программы по лечению и МР.

**Эффективность МСР** во многом определяется готовностью пациента к позитивным изменениям и его доступностью к медицинским лечебно-реабилитационным вмешательствам, что зависит от следующих условий:

1. наличие у пациента достаточного УРП;
2. добровольность участия пациента в реабилитационном процессе;
3. согласие пациента на отказ от употребления ПАВ;
4. признание пациентом личной ответственности за успешность реализации реабилитационного процесса;
5. доверительность и партнерство во взаимоотношениях со специалистами.

Одновременно эффективность МСР зависит от объема и качества предоставляемых медицинской организацией услуг по МСР, что определяется следующими условиями:

1. единство социально-психологических и медико-биологических методов воздействия на пациента;
2. многообразие форм (моделей) реабилитационной работы и их индивидуальное применение;
3. этапность ЛРП;
4. обеспечение правовой и организационной регламентации ЛРП;
5. создание в реабилитационном отделении (центре) мультидисциплинарной бригады специалистов: психиатр – нарколог – медицинский психолог – социальный работник, а при необходимости – врач-консультант иной врачебной специальности;

МСР осуществляется в плановой форме в рамках специализированной медицинской помощи.

В зависимости от особенностей психического и физического состояния пациента, его социального статуса, установки на реабилитацию МСР осуществляется в следующих условиях:

- стационарно или полустационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное или дневное медицинское наблюдение и лечение) для пациентов с многолетним

безремиссионным течением зависимости от ПАВ, низким УРП и низким уровнем социального функционирования;

- амбулаторно (постгоспитально, в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения) для пациентов с высоким и средним УРП. Переход пациентов с низким УРП из программ **МСП** в стационарных условиях в программы **МСП** в амбулаторных условиях возможен при повышении УРП.

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ  
ПО СОСТАВЛЕНИЮ ПРОГРАММ МЕДИКО-  
СОЦИАЛЬНО РЕАБИЛИТАЦИИ**

**Ташкент 2025**

## Программа медико-социально реабилитации

**Программа медико-социальной реабилитации (ПМСР)** представляет организационно-методическую основу лечебно-реабилитационного процесса для достижения максимально возможного эффекта в максимально короткие сроки.

ПМСР включает несколько основных блоков: медицинский, психологический (психокоррекционный), психотерапевтический и социальный.

**Медицинский блок** включает диагностику клинического и социального состояния пациента и проведение по показаниям фармако- и психофармакотерапии.

**Психологический блок** включает нейро - и патопсихологическую диагностику, психологическое консультирование, психоррекцию, психообразовательную работу с пациентами и их родственниками, а также проводит супервизию с персоналом, оказывающим реабилитационные услуги. Разрабатывает и воплощает в практике развивающие и психокоррекционные программы с учетом индивидуальных, половых и возрастных факторов пациентов, выполняет работу по профориентации больных с учетом их пожеланий, способностей и ситуационных возможностей. Оценивает эффективность проводимых психологических и профилактических мероприятий.

**Психотерапевтический блок** включает групповые и индивидуальные формы психотерапевтической работы в соответствии с адекватными методами психотерапевтического вмешательства.

Психологическое и психотерапевтическое воздействие направлены на единые мишени: эмоциональная, когнитивная, поведенческая, мотивационная сферы пациентов.

Психологическое и психотерапевтическое воздействие ориентировано на работу с пациентами и их родственниками для:

- преодоления отрицания болезни (анозогнозии);
- понимания и принятия факта наличия болезни;
- формирования личностной установки на воздержание от ПАВ;
- формирования навыков преодоления патологического влечения к ПАВ и осознания психологических защит, распознавания предвестников обострения болезни;
- проработки иррациональных установок, дезадаптивных личностных паттернов поведения, автоматических мыслей, поддерживающих аддикцию;
- осознания наиболее типичных когнитивных механизмов обострения болезни.

Психологическое и психотерапевтическое воздействие проводятся на всех этапах медико-социальной реабилитации.

**Психологическое воздействие** – это психологический процесс и процесс межличностного взаимодействия в рамках психотерапии и психологического консультирования, в ходе которого у пациента возникает положительное чувство уверенности в себе и своих возможностях, за счет акцентирования внимания на позитивных сторонах и преимуществах индивида с целью укрепления его самооценки, оптимизации психологического состояния человека как следствие полного разрешения или снижения актуальности психологических проблем, препятствующих трудовой, профессиональной, социальной самореализации. Основная задача использования психологической поддержки в ПМСР состоит в том, чтобы помочь человеку в выявлении своих внутренних резервов и в устранении факторов, мешающих их использованию.

Психологическая поддержка не должна заменять психотерапию, поскольку это может препятствовать достижению глубинных личностных изменений.

**Психотерапевтическое воздействие (психотерапия)** представляет собой целенаправленную профессиональную помощь в изменении и восстановлении нарушенной деятельности организма до здорового состояния психологическими средствами и направлена на устранение личностных и поведенческих расстройств, оптимизацию межличностных отношений пациента, усиление мотивов на участие в ПМСР, отказ от употребления ПАВ и ресоциализацию.

Выбор и продолжительность психотерапевтических методик и методов психологической поддержки определяется УРП, особенностями клиники основного заболевания, личностного и социального статуса больного. Обязательным является осуществление хотя бы одного из перечисленных методов психотерапии: когнитивная, бихевиоральная (поведенческая), психодинамическая, гуманистическая, системная, а также - семейная психотерапия. Решение задач реабилитации в наркологии предполагает обязательное использование семейной психотерапии как для диагностики и коррекции семейных проблем, так и для создания внутрисемейной реабилитационной среды. В качестве пациента выступает вся семья, члены которой, благодаря психотерапевтическому воздействию, обучаются дифференцироваться во внутрисемейном общении, родители дополнительно приобретают навыки взаимодействия со своими больными детьми, умению предотвращать и определять «срывы» и рецидивы заболевания.

**Социальный блок** подразумевает работу с социальной (семейной) системой пациента, в том числе психологическими и психотерапевтическими методами и оказание реабилитационных социальных услуг. Специалист по социальной работе и социальный работник исследуют социальный маршрут лиц, зависимых от ПАВ, включая уровень образования, степень трудовой подготовки, конкретные профессиональные знания, адреса трудовой деятельности, отношение к труду и учебе, продолжительность рабочего стажа, особенности отношений с производственным коллективом и руководством, собирается информация о семейном статусе, качестве интерперсональных отношений с членами семьи. Приобретенная информация позволяет сделать объективный вывод о социальном маршруте, социальной дезадаптации, семейных проблемах и степени деструктивности конкретной семьи. Блок данных может быть использован для коррекции социального маршрута, создания семейной реабилитационной среды психокоррекции интраперсональных отношений, без которой не представляется возможным решать задачи медико-социального восстановления больных.

Реабилитационные социальные услуги лицам с зависимостью от ПАВ – это совокупность психологических, воспитательных, педагогических, психологических, правовых и социальных мер, направленных на восстановление социального здоровья и способности функционирования в обществе (реинтеграцию) без употребления ПАВ путем избавления от зависимости от ПАВ, восстановления личности и социального статуса, преобразования и восстановления приверженности здоровому образу жизни, создания для лица, отказавшегося от употребления ПАВ, оптимальной среды жизнедеятельности.

Социальная реабилитация является обязательным компонентом МСР.

Мероприятия по социальной реабилитации осуществляются по следующим направлениям, каждое из которых несет самостоятельное значение:

1. Правовые формы помощи пациентам, соблюдение врачебной тайны, оформление согласия на лечение.

2. Проведение экспертизы временной нетрудоспособности: оформление, выплата пособий, обеспечение сохранения рабочего места после выхода на работу.
3. Проведение экспертизы стойкой утраты трудоспособности: оформление III или II группы инвалидности и сохранение или изменение в желательную сторону условий труда, оформление I группы и организация ухода за больными, оформление инвалидности.
4. Защита интересов пациентов, не имеющих инвалидности, на производстве: экспертная оценка ситуации, меры по сохранению прежних условий труда, меры по изменению их в необходимую сторону, урегулирование конфликтов с администрацией.
5. Проведение экспертизы по установлению противопоказаний для осуществления пациентом отдельных видов деятельности: подготовка экспертизы, защита интересов больных при проведении экспертизы и последующем изменении их условий труда, контроль за своевременной отменой противопоказаний для занятий той или иной деятельностью.
6. Защита интересов пациентов в семье: урегулирование семейных конфликтов, улучшение материального положения пациентов, помощь при расторжении брака.
7. Мероприятия по восстановлению у пациентов прежних и формированию новых интересов и увлечений.
8. Работа с терапевтическими сообществами: их организация, установление неформальных связей между пациентами, совместное проведение досуга, культивирование «защитной» идеологии.
9. Взаимодействие с государственными учреждениями и предприятиями, общественными организациями и частными лицами, оказывающими помощь пациентам с зависимостью от ПАВ.

Реабилитационные мероприятия в рамках МСР реализуются при взаимодействии:

1. врачей - специалистов по профилю оказываемой медицинской помощи: врача-нарколога, врача-психотерапевта, врача - медицинского психолога, врача по лечебной физкультуре, врача-физиотерапевта, медицинских сестер палатных профильных отделений медицинских организаций, оказывающих стационарную помощь; медицинских сестер кабинетов медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях;
2. врача-терапевта, врача ультразвуковой диагностики, врача клинической лабораторной диагностики, врача-невролога, гинеколога, осуществляющих контроль безопасности и эффективности проведения реабилитационных мероприятий (дополнительно по показаниям);
3. специалистов, имеющих высшее немедицинское образование (инструкторов-методистов по лечебной физкультуре, специалистов по социальной работе, педагогов различного профиля);

**МСР** осуществляется мультидисциплинарной **бригадой специалистов**, которая состоит из **врача - нарколога, врача-медицинского психолога, психотерапевта, специалиста по социальной работе и (или) социального работника**. Члены бригады четко представляют границы своих профессиональных обязанностей на каждом этапе медицинской реабилитации и подготавливают почву для постепенного перехода реабилитируемых от медико-психологических мероприятий к преимущественно социальным программам.

**Координация ПМСР:** медицинский блок - врач-нарколог, психологический – медицинский психолог, социальный – специалист по социальной работе (социальный работник).

**Медицинские показания.** На МСР пациенты с зависимостью от ПАВ направляются по окончании лечения при наличии медицинских показаний.

МСР осуществляется независимо от продолжительности заболевания, при условии стабильности клинического состояния пациента и в зависимости от УРП при отсутствии противопоказаний к проведению отдельных методов МСР, при этом, если есть противопоказания к одним методам, но нет противопоказаний к другим, это не является противопоказанием для **МСР**, на основании установленного диагноза.

**Индивидуальная программа реабилитации пациента с зависимостью от ПАВ** – комплекс оптимальных для пациента реабилитационных мероприятий, включающий различные виды, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей пациента к выполнению определенных видов деятельности (обучение, труд). ИПР согласовывается с пациентом, что позволяет усилить ее психотерапевтическое значение и повысить ответственность пациента за ее реализацию. Каждый этап предоставления и вид реабилитационных услуг ориентированы на конкретную реально достижимую цель, отраженную в договоре между потребителем услуг (пациентом) и реабилитационным учреждением, о которой он должен знать и к достижению которой должен стремиться.

На основании клинических и социальных особенностей пациента специалисты реабилитационной бригады формируют конкретные средства и методы МСР (то есть используемых подходов, методов и техник медикаментозного/немедикаментозного (психотерапевтического) лечения) для комплексного физического, психологического и социального восстановления пациента с зависимостью от ПАВ.

Реабилитационные мероприятия проводятся по показаниям в следующих помещениях медицинской организации в зависимости от этапа:

1. в палате, где находится пациент;
2. в кабинетах (залах) психотерапии, медицинской психологии, физиотерапии и других кабинетах специализированного отделения;
3. в отделениях (кабинетах) реабилитации, психотерапии, лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, медицинской психологии.

## **Основные лечебные факторы программы медико-социальной реабилитации**

1. **Добровольность** вступления, участия и выхода из ПМСР.
2. **Конфиденциальность** участия в ПМСР.
3. **Партнерская модель взаимоотношения** между персоналом реабилитационного отделения (центра) и пациентом на основе взаимного уважения и понимания. Возникающие проблемы решаются на общем собрании всех пациентов и персонала, что дает возможность пациентам сказать о своих чувствах, попросить и получить поддержку, разрешить конфликты и т.д.
4. **Медикаментозная терапия** проводится по показаниям, пациент информируется об этом, что снижает его опасения перед возможным ухудшением состояния.
5. **Последовательность и преемственность мероприятий ЛРП** при активном вовлечении пациента к обсуждению планируемых мероприятий, что является мощным фактором воздействия.

6. **Групповая психотерапия и групповая динамика**, как формы организации работы, являются важнейшим терапевтическим фактором. Основные направления работы групп: самопознание, самораскрытие, работа с чувствами и их проявлениями, тренинг межличностного общения, овладение навыками отреагирования глубинных эмоциональных переживаний, тренинг поведения в экстремальных ситуациях, групповой анализ самостоятельной работы по заданиям.
7. **Индивидуальные консультации**. Работа на сессиях индивидуальной психотерапии направлена на преодоление неэффективных способов совладания со стрессом и своими переживаниями (отрицания, ухода от проблем, девальвации и т.д.), направлена на осознание личностных проблем, поиск путей их решения. Работа во время сессии дополняется заданиями для самостоятельной работы, индивидуальная программа выздоровления и личностного роста составляется совместно с пациентом. Это работает на укрепление его самоуважения, самоэффективности, повышение самооценки, то есть также становится мощным протективным и лечебным фактором.
8. **Теоретическое обучение** пациента при проведении лекционных занятий о природе, специфике, развитии и последствиях наркологического заболевания, о психологических и личностных особенностях химически зависимого и членов его семьи, о всемирном движении анонимных алкоголиков и анонимных наркоманов (АА/НА) и многих других вопросах дает знания, необходимые для поддержания трезвости, изменения личности зависимого пациента, преодоления им стрессов, предупреждения возможных рецидивов заболевания.
9. **Обучение саморегуляции поведения и психического состояния** на основе использования различных методов медитации (саморегуляции), освоение которых дает пациенту один из инструментов управления настроением, позволяет владеть навыками релаксации, совладания со стрессом.
10. **Приемы рефлексии** своего состояния и мониторинга, которыми овладевает пациент, позволяют ему подвести итоги дня (ежедневные процедуры, дающие пациенту возможность самоанализа своих чувств, настроений, поступков, испытанных за день). Однако важнее то, что такие приемы позволяют контролировать свое состояние, осознанно планировать собственные действия по преодолению возникающих проблем и нежелательных аффективных реакций.
11. **Работа с семьей пациента**, направленная на восстановление и гармонизацию взаимоотношений с близкими, преодоление дисфункциональных паттернов семейных отношений, с целью организации для пациента социальной сети, которая выполняет роль «буфера», смягчает стресс, предотвращает рецидивы заболевания.
12. **Послелечебные группы**, как фактор лечебного влияния, имеют большое значение, так как в них пациенты расширяют знания и навыки, полученные в процессе прохождения ПМСР. Такие группы также становятся источником социальной поддержки, новой для пациента социальной сетью, служат одним из инструментов преодоления кризисных ситуаций. Осуществляются послелечебные группы прохождения МСР в амбулаторных условиях.

## Периоды лечебно-реабилитационного процесса и этапы медико-социальной реабилитации

ЛРП включает несколько периодов: 1. восстановительный (предреабилитационный), 2. **собственно** реабилитация; 3. профилактический (постреабилитационный).

1. **Восстановительный (предреабилитационный) период** ЛРП включает лечение острых и подострых расстройств, вызванных употреблением ПАВ.

Лечение острых и подострых расстройств, вызванных хронической или острой интоксикацией ПАВ, проводится в **государственных и частных наркологических учреждениях в соответствии со Стандартами диагностики, лечения и медико-социальной реабилитации наркологических больных и клиническими рекомендациями по диагностике и лечению синдрома зависимости.**

Активное психотерапевтическое вмешательство начинается с момента поступления пациента в медицинскую организацию, оказывающую лечение в стационарных условиях.

На этом этапе пациент и его семья знакомятся с принципами и задачами программы МСР, согласовывают свои интересы и ожидания с возможностями реализуемой в данной медицинской организации программы МСР, получают **консультации специалистов**. При необходимости проводится серия таких консультаций.

**Исполнители:** врач-нарколог, врач - медицинский психолог, социальный работник. **Эффективность** оценивается по готовности пациента участвовать в программе **МСР**, что подтверждается подписанием правил и условий пребывания.

**Собственно реабилитация** (программа интенсивной реабилитации) является основным периодом ЛРП. Условно МСР разделяют на три последовательных и взаимосвязанных этапа: адаптационный, интеграционный и стабилизационный.

#### **Первый этап МСР – адаптационный.**

**Цель этапа:** достижение максимально возможного восстановления физического, психического, социального здоровья пациента, адаптации к условиям реабилитационной среды и режиму работы медицинской организации.

#### **Задачи этапа:**

- 1) Осуществление медицинской (фармакотерапевтической, физиотерапевтической и пр.), психологической и психотерапевтической помощи пациенту в соответствии с ИПР.
- 2) Вовлечение пациента в реабилитационную программу и адаптация к ней, знакомство с персоналом и другими пациентами, участвующими в реабилитационной программе.
- 3) Формирование и усиление мотивации на участие в реабилитационной программе.
- 4) Формирование у пациентов понимания мультифакторности причин зависимости от ПАВ, признания негативных медицинских и социальных последствий заболевания.
- 5) Формирование у пациентов понимания значения личной ответственности за реализацию ЛРП и выздоровление.
- 6) Восстановление коммуникативных и поведенческих навыков в социально- сохранной социальной среде (среда, в которой отсутствует злоупотребление ПАВ), улучшение отношений с членами семьи, выполнение своих семейных обязанностей, если пациент проходит амбулаторную реабилитацию.
- 7) Психотерапевтическая работа с родственниками пациентов.

Мероприятия этого этапа имеют преимущественно медико-психологическую направленность и включают:

- консультирование, осмотр и обследование пациентов врачом-наркологом, медицинским психологом, психотерапевтом, социальным работником;
- проведение психокоррекционных и мотивационных мероприятий на участие пациента в программе;
- комплекс противорецидивных мероприятий (психофармакотерапевтических, психологических, психотерапевтических, физиотерапевтических, социальных);

- психотерапевтическую и психокоррекционную работу с родственниками пациентов.

Поскольку у подавляющего числа пациентов обнаруживаются гепатиты и патология сердечно-сосудистой системы, нередко – туберкулез, в сексуальной сфере характерно нарушение либидо и потенции, обязательными являются консультирование соответствующими специалистами. Все терапевтические вмешательства направлены на изменение поведения, мотивации, убеждений, эмоциональных реакций пациента таким образом, чтобы максимально усилить эффективность терапии и способствовать удержанию пациента в программе.

Одной из первых интервенций является подробное описание проблем, приведших пациента в МСР. При сборе первичной информации о пациенте медицинский психолог структурирует информацию, полученную таким образом, чтобы пациент имел возможность осознать в полном объеме, какие расстройства имеют место во всех сферах его жизни. Первичная информация затрагивает не только вопросы медицинского или сугубо психологического характера, но и проблемы, связанные с нарушением закона, финансовые, трудоустройства.

Часто состояние пациента в первый день не позволяет закончить описание, тогда работа продолжается в последующие дни.

На этом этапе работа медицинского психолога с наркологическим больным начинается со стремления вызвать у пациента доверие и желание участвовать в программе медико-социальной реабилитации. В ситуации консультирования и психокоррекции психолог должен быть, прежде всего, сопереживающим человеком.

Установление раппорта требует от психолога умения говорить на языке пациента, с использованием привычных для него слов, выражений, понятий. Естественно, не следует идти на поводу у больного и переходить грани нормативной лексики, но стоит помнить, что речь является обычным каналом эмпатии и два индивида, которым удалось достичь определенной степени отождествления, автоматически начинают пользоваться общей речевой моделью. Эмпатия — глубокое состояние отождествления двух людей, при котором один человек настолько проникается чувствами другого, что его собственная идентичность на какое-то время исчезает. В этом состоянии проявляются понимание, влияние и другие значимые аспекты человеческих отношений. Устанавливая раппорт с пациентом, медицинский психолог подготавливает основу для дальнейшего эффективного консультирования и достижения цели. Основными формами психологической защиты у больных наркоманией являются отрицание, регрессия и компенсация. При этом необходимо отметить, что, по сравнению со здоровыми людьми, у зависимых от ПАВ способность к скрытому манипулированию окружающими для получения собственной выгоды выше. Это подтверждается тем, что в некоторых жизненных ситуациях, связанных с потреблением ПАВ, больные ведут себя вполне «адекватно», проявляя при этом повышенную энергию и целенаправленность. Однако адекватность эта носит узконаправленный (только на потребление ПАВ) и непродолжительный по времени, волнообразный характер. Психологу, работающему с зависимыми от ПАВ, следует попытаться перенаправить их энергию и мысли в русло заботы о своей семье и собственном здоровье, т.е. в направлении «от» наркотика.

**Координатор – врач - нарколог.**

**Модель пациента.** На адаптационном этапе МСР у пациентов отсутствуют острые проявления абстинентного и постабстинентного синдромов, они не употребляют ПАВ, приспосабливаются к жизни в реабилитационной среде без употребления ПАВ и начинают учиться чувствовать себя комфортно в условиях воздержания от приема ПАВ. Настроение остается неустойчивым, нередко присутствует повышенная раздражительность, конфликтность, плаксивость (чаще у

женщин). Сохраняется конфронтация между «я-здоровый» и «я-больной», т.е. значительное количество пациентов, особенно со средним и низким УРП, зачастую не уверены в своевременности и правильности сделанного выбора, возникает тоскливые воспоминания по ушедшим «сладким» ощущениям и связанной с ними беззаботной жизнью. Поведение во многом напоминает период употребления ПАВ: остаются лень, склонность к инсинуациям и нечестности, низкий уровень самообслуживания, неохотное выполнение семейных обязанностей, пропускаются занятия по месту учебы или сама работа, отношение к труду безразличное, халатное и пр. Характерны также быстрая утомляемость, некоторое снижение памяти, концентрации внимания, трудоспособности и пр.

Вместе с тем происходит постепенное восстановление положительных личностных и социальных качеств. Процесс адаптации и ресоциализации начинается с появления признаков нормативного морально-этического поведения: больные стараются соблюдать личную санитарную гигиену, становятся приветливыми, спрашивают разрешение, стремятся говорить правду, вникают в проблемы семьи и частично участвуют в решении бытовых проблем, проявляют интерес к реабилитационной программе и состоянию своего здоровья, охотно беседуют с членами реабилитационной бригады. В психотерапевтических группах они подробно рассказывают о своих успехах в учебе и работе, об улучшении эмоционального состояния, о появлении интереса к искусству, спорту и пр., что указывает на определенное восстановление системы ценностей и улучшение поведенческих функций.

**Продолжительность адаптационного этапа МСР:** от 2 недель для пациентов с высоким УРП до 4 недель для пациентов с низким и средним УРП.

#### **Второй этап МСР – интеграционный.**

**Цель** – вовлечение пациента к активному участию в реабилитационных мероприятиях, стабилизация психофизического состояния пациента, формирование нормативных личностных и социальных качеств, восстановление семейных отношений.

На данном этапе осуществляется постепенный переход от процесса информирования пациента с целью добиться достаточно глубокого понимания проблемы к процессу обучения (научения) способам и приемам решения проблем, умению противостоять болезни и стрессовым ситуациям, ведущим к рецидивам заболевания.

#### **Задачи:**

- 1) Интеграция пациентов в режим работы реабилитационного отделения (центра).
- 2) Формирование и закрепление устойчивой группы пациентов, объединённых общим кругом интересов и оказывающих положительное влияние друг на друга.
- 3) Усиление мотивации на пролонгированное участие пациентов в реабилитационном процессе. Планирование вместе с больными учебы, работы, досуга.
- 4) Восстановление эмоционально-когнитивного функционирования пациентов.
- 5) Формирование целенаправленной деятельности и ответственности за свое поведение.
- 6) Повышение нормативных уровней притязаний и социальных интересов.
- 7) Формирование реальной жизненной перспективы.
- 8) Обучение навыкам противостояния стрессовым ситуациям и умению сказать наркотикам «нет».
- 9) Обучение умению определить предвестники обострения влечения к алкоголю или наркотикам и преодолевать срывы заболевания.
- 10) Мотивирование на постоянное сотрудничество с членами реабилитационной бригады.
- 11) Восстановление семейных отношений.

- 12) Создание реабилитационной среды в семьях пациентов.
- 13) Психотерапевтическая работа с родственниками, и терапия созависимости.
- 14) Контроль и оценка эффективности проведенной работы.

На этом этапе формируются устойчивые группы пациентов, объединенных общим кругом интересов, способных оказывать положительное влияние друг на друга, увлеченных учебной, стремящихся приобрести профессию, любящих спорт, искусство, животных и прочее.

С целью изменения и коррекции внутренней картины болезни проводится работа по преодолению наркологической неграмотности – расширяются знания о биологических эффектах ПАВ и медицинских и социальных последствиях их потребления, о принципах лечения синдрома зависимости от ПАВ, формируется критика к состоянию, преодолевается анозогнозия.

Основным средством лечебно-реабилитационного воздействия на данном этапе являются психотерапевтические сессии в малых группах пациентов (до 10 человек). Групповая психотерапия считается одним из лучших методов воздействия на пациентов с зависимостью от ПАВ, поскольку в групповом взаимодействии у них лучше происходит формирование адекватного самосознания и формирование нового образа «Я», разрушаются психологические защиты, создается и укрепляется установка на трезвость. В психотерапевтических группах пациентам внушается необходимость лечения, индуцируются установки на отказ от употребления ПАВ. Психотерапевтические группы организуются по принципу общих интересов. Положительное влияние имеет включение в группу в качестве наставника 1-2 больных с более длительным пребыванием в программе МСР.

Основным методом психотерапевтического воздействия является **когнитивно-поведенческая** психотерапия, целью которой является реорганизация хаотичной когнитивной структуры пациента с наполнением ее адекватными образцами когнитивного функционирования. Важным условием профилактики будущих рецидивов является преодоление свойственной пациентам с зависимостью от ПАВ алекситимии, формирование способности идентифицировать и вербализовать свои чувства. Наиболее эффективным приемом научения самопонимания и саморегуляции является ведение личного дневника, где пациент отражает свои ежедневные переживания.

Одновременно используется поведенческая психотерапия, которая опосредуется через все жизненно важные ситуации: общение, труд, собственное здоровье, семья, питание и т.д. Через приобщение к устойчивому режиму физических и умственных нагрузок моделируется новая система жизненного распорядка. Развивается личная ответственность за результаты своего поведения, способность анализировать и исправлять свои ошибки. Формируется адекватное представление о себе и о других людях, заинтересованность и равнодушие к окружающим, психологическая наблюдательность. Преодолеваются асоциальные тенденции, гедонизм, эгоизм. Вырабатывается более активная социальная позиция. Для этого используется расширение ролевого репертуара как метод психотерапии и средство реабилитации и уменьшается доля индивидуальной директивной когнитивно-поведенческой психотерапии, при неадекватном применении которой увеличивается риск внушения послушности, зависимости от врача и реабилитационного сообщества, несамостоятельности, сознательного и бессознательного сопротивления лечению.

Для повышения социальной активности и большей вовлеченности пациентов в программу МСР внедряется система самоуправления. Пациенты или выбранные на временной или постоянной основе их представители (старостат) привлекаются к разрешению дисциплинарных конфликтов, оценки поведения каждого пациента (в баллах) и хода его МСР, возможности применения мер

дисциплинарного воздействия, организации коллективных мероприятий и т.д. Система выбранных представителей обеспечивает обратную связь между персоналом реабилитационного отделения (центра) и пациентами.

Помимо работы с пациентами проводится психотерапевтическая работа с их родственниками, и терапия созависимости. Семейная психотерапия играет принципиальную роль в создании психотерапевтической среды, поскольку влияние семьи и родственников на эффективность проводимых в рамках МСР мероприятий велико. На всех этапах МСР родственники пациента активно вовлекаются в совместную психотерапевтическую работу, в задачи которой входит сформировать у них чувство коллективной ответственности за развитие зависимости от ПАВ, понимание зависимого поведения пациента как одной из составляющих системы семейных отношений, семейную установку на воздержание от употребления ПАВ и конструкты поведения без употребления ПАВ, настроить их на поиск конструктивных способов решения проблемы.

#### **Координаторы этапа – врач -нарколог и медицинский психолог.**

**Модель пациента.** У большинства пациентов (75%) отмечается динамика клинических изменений в лучшую сторону, физическое и психическое состояние вполне удовлетворительное. Восстанавливается сон, аппетит, основные поведенческие функции, появляется критика к своему заболеванию и социальному статусу. Пациенты не испытывают непреодолимого влечения к ПАВ, хотя и сохраняются воспоминания об их действии и у них периодически возникают сновидения наркотического содержания. Характерно, что на этом этапе реабилитации значительное количество пациентов с высоким УРП (31%) отзываются о ПАВ негативно. У пациентов со средним и низким УРП критичного отношения к ПАВ пока не сформировано. У многих из них остаются признаки психической зависимости от ПАВ. Процесс нивелирование признаков психической зависимости включает несколько последовательных состояний: увлечение (страсть, «любовь») - охлаждение - неприязнь (порой ненависть) - безразличие с оттенком сожаления или без него о трудных годах болезненной зависимости и её последствиях.

По результатам интеграционного этапа реабилитации у большинства пациентов восстанавливаются доброжелательные отношения с членами семьи и друзьями, не употребляющими ПАВ. Они учатся находиться в ровных и доброжелательных отношениях с людьми, не имеющих проблем с ПАВ. Меняется стереотип коммуникабельности. Пациенты с высоким УРП, как правило, дорожат этим статусом и чувствуют себя достаточно уверенно.

У пациентов со средним и низким УРП на данном этапе часто еще не сформирована уверенность в успешности ЛРП, они допускают возможность срыва, периодически испытывают чувство тревоги и страха перед возможным срывом. Психическое состояние пациентов остаётся неустойчивым, вероятность срывов и рецидивов заболевания хотя и меньше, чем на предшествующем этапе, но все же очень высокая. Примерно у 12% пациентов с высоким УРП, у 43% со средним УРП и 70% с низким УРП отмечаются различной степени выраженности обострения патологического влечения к ПАВ, астенические, аффективные (в виде неглубоких депрессий и дистимий), поведенческие и интеллектуально-мнестические расстройства. Нередко у пациентов (7% пациентов с высоким УРП и 20% больных со средним и низким УРП) наблюдается истощение индивидуальных адаптационных возможностей и они перестают справляться с поставленными программой задачами, например, систематически посещать лекции и практические занятия в учебном заведении, ликвидировать имеющуюся академическую задолженность, вовремя сдать экзамен или зачет, справиться с работой или постоянно находиться в трудовом режиме – рано вставать, идти на работу, вовремя

возвращаться в семью, отходить ко сну и пр. В результате первыми начинают «ломаться» наименее устойчивые морально-этические личностные структуры: оживляется безответственное отношение к своим обязательствам, возвращаются лживость, неряшливость, цинизм, неуважение к другим больным и здоровым людям, неверие в свои силы и в выздоровление. Появляются эмоциональные и сомнические расстройства.

Продолжительность этого этапа для пациентов с высоким УРП – 1-1,5 месяца, для больных со средним и низким УРП – 2-3 месяца.

### **Третий этап МСР – стабилизационный.**

**Цель** – постепенный переход на более самостоятельное функционирование в открытой среде на основании приобретенной личностной устойчивости и зрелости, позволяющим функционировать в обществе без употребления ПАВ.

#### **Задачи:**

- 1) Совершенствование и стабилизация навыков и знаний, полученных на интеграционном этапе.
- 2) Коррекция приобретенных в результате заболевания зависимостью от ПАВ личностных особенностей.
- 3) Закрепление способностей к обучению (специальному и социальному), самовыражению и самореализации.
- 4) Обучение приемам эффективной коммуникации и выхода из конфликтных ситуаций.
- 5) Возвращение (формирование) утраченной системы ценностных норм и ценностной ориентации.
- 6) Полная нормализация семейных отношений и коммуникативных навыков.

Акцент переносится на психосоциальный аспект ПМСР, преследующей достижение основной цели – восстановление, коррекцию или формирование нормативных личностных и социальных качеств пациента, возвращение его в семью и общество.

С целью коррекции внутриличностных и психосоциальных проблем пациента, с учетом клинического полиморфизма и типологического многообразия зависимой личности психотерапевтическая работа становится более индивидуальной и дифференцированной. Основным методом лечебного психотерапевтического воздействия является краткосрочная личностно-ориентированная терапия, которая направлена на вскрытие ранних личностных конфликтов и уязвимых свойств личности, на выявление патологических поведенческих паттернов, а также на коррекцию зависимых качеств личности. Она может проводиться в рамках как индивидуальной, так и групповой психотерапии. Групповые формы работы являются предпочтительными, поскольку в группах за счет сети переносов личностных конфликтов на соучастников работы травматизация протекает более мягко, создаются условия для параллельного анализа объектных отношений и возможность более детального анализа собственных социальных связей, на примере других больных моделируются собственные личностные и межличностные конфликты, в том числе и связанные с формированием зависимого поведения. Для расширения сети переносов и более объективного воссоздания собственных проблем желательно включение в работу ко-терапевта другого пола.

Одновременно активно организуется психосоциальная работа, целью которой является восстановление, коррекция или формирование нормативных личностных и социальных качеств больных, восстановление или гармонизация семейных отношений. Для этого увеличивается объем физической и интеллектуальной занятости пациентов, стимулируется их профессиональная ориентация, проводятся тренинги социальных навыков в условиях режима

трезвости. При необходимости проводятся терапевтические мероприятия, направленные на лечение существующих у пациента заболеваний.

**Темы индивидуального и группового консультирования:**

- 1) Концепция лечения и соответствующие симптомы при химической зависимости.
- 2) Люди, места, вещи, вызывающие у пациента желание употреблять ПАВ.
- 3) Структура личного времени.
- 4) Влечение к употреблению.
- 5) Ситуации повышенного риска.
- 6) Социальный прессинг к употреблению.
- 7) Острые симптомы, возникающие после отказа от употребления привычного наркотика, способы их преодоления.
- 8) Употребление других наркотических веществ (алкоголя, лекарств, не прописанных врачом и др.).

Тема для обсуждения на каждой сессии может быть задана либо психотерапевтом или медицинским психологом, либо быть выбрана согласно индивидуальным потребностям пациента на данном этапе МСР. Однако при проведении консультирования должны быть рассмотрены все указанные темы.

**Образовательная программа** охватывает следующие области:

- информационные занятия по концепции болезни и выздоровления;
- семейное образование;
- философия духовности;
- антистрессовая программа;
- профилактика инфекционных заболеваний (гепатит, ВИЧ и т. д.).

Целью проведения образовательных программ является изменение у пациента отношения к употреблению ПАВ и формирование представления о медицинских и социальных последствиях употребления ПАВ.

**Основные темы информационных занятий по концепции болезни и выздоровления:**

- Наркомания, алкоголизм – болезнь.
- Природа зависимости.
- Поведенческие признаки зависимости.
- Медицинские симптомы зависимости.
- Формы психологической защиты у зависимых.
- Психология поведения зависимых людей.
- Нейробиологическая теория зависимости.
- Негативные личностные характеристики и их проявления при зависимости.
- Рецидивы (срывы) и стратегии их профилактики.
- Психологические факторы формирования зависимости.
- Стыд и вина.

**Семейное образование (основные темы):**

- Алкоголизм и наркомания – болезнь семейная.
- Дисфункциональные семьи. Что это?
- Зависимость: признаки и симптомы.

**Философия духовности:** Цель проведения занятий по философии духовности – формирование у пациента духовных ценностей и потребностей, а также чувства сопричастности к силе, большей, чем его собственная, что поможет ему развить стиль жизни, свободный от наркотиков.

**Темы:**

- Понятие духовности.
- Три основных компонента выздоровления: честность, открытость, готовность стараться.
- Духовные потребности и ценности.
- Концепция Высшей силы в процессе выздоровления.

**Антистрессовая программа:** цель проведения антистрессовой программы – научить пациентов справляться с напряженными жизненными ситуациями, познакомить с техниками саморегуляции без употребления ПАВ.

**Занятия по профилактике инфекционных заболеваний:** целью этих занятий является информирование пациентов об инфекционных заболеваниях, сопутствующих употреблению ПАВ, и методам профилактики, формирование у пациентов ответственности за их здоровье и здоровье других людей.

Важная вспомогательная роль отводится трудотерапии (трудовые мастерские, дежурство на кухне, помощь персоналу в уборке отделения), которая должна иметь гуманистическую направленность (например, участие в различных формах благотворительной деятельности) и учитывать креативные данные пациентов (оформление отделения, составление санбюллетеней, помощь врачу при проведении лекционных занятий). Для формирования сознательного позитивного самотворчества и повышения самоуважения личности, для режимной организации психотерапевтической среды используется гуманистическая и духовно-ориентированная психотерапия. Наряду с психо-социальными реабилитационными мероприятиями на данном этапе продолжается лечение резидуальных психических и сомато-неврологических расстройств.

Таким образом, стабилизационный этап включает:

- стимулирование или выбор профессиональной ориентации, увеличение объема физического и интеллектуального труда;
- подготовку к выписке из реабилитационного учреждения и функционированию в открытой социальной среде.

**Координаторы этапа – медицинский психолог и социальный работник.**

**Продолжительность стабилизационного этапа МСР** определяется УРП пациента и бывает различной:

- для пациентов с высоким УРП – 3-4 месяца;
- для пациентов со средним УРП – 8 – 10 месяцев;
- для пациентов с низким УРП – 20-22 месяца.

По продолжительности выделяют три варианта программы МСР, что в свою очередь зависит от продолжительности стабилизационного этапа программы МСР:

- 3-4 месяца при 6-месячной программе МСР;
- 8-10 месяцев – при одногодичной программе МСР;
- 20-21 месяц – при двухгодичной программе МСР.

**Эффективность мероприятий реабилитационного периода МСР** оценивается по готовности пациента воздерживаться от приема ПАВ и продолжать участие в дальнейшей программе МСР,

по степени вовлеченности в процесс МСР, по изменениям, происходящим с личностью пациента (мышление, эмоциональное реагирование, поведение, физическое здоровье).

## **2. Постреабилитационный (профилактический) период ЛРП (программы поддерживающей МСР).**

**Цель** – достижение полной и стабильной социальной интеграции, при условии физического и психического благополучия и воздержания от употребления ПАВ.

### **Задачи:**

- Профилактика рецидивов заболевания, организация социальной и психологической поддержки пациента и членов его семьи.
- Поддержание физического и психического благополучия.
- Нормативность поведения.
- Личностная и социальная ответственность.
- Эффективное функциональное взаимодействие с окружающей средой и реабилитационным учреждением.
- Коррекция самооценки и восприятия личностного успеха или неудач Социальная востребованность.
- Самоконтроль постреабилитационных мероприятий.

В этот период пациент находится в режиме МСР в амбулаторных условиях, которая предусматривает участие пациента в групповой терапии, ведение дневника эмоциональных состояний.

Пациенту обеспечена возможность получать поддержку персонала, консультироваться в отношении последствий своего поведения и эмоциональных реакций, развивать иные по сравнению с прошлыми социальные связи.

К моменту окончания этапа пациент должен подготовить совместно с медицинским психологом развернутый план поддерживающей терапии и дальнейшей работы с выявленными в процессе лечения психологическими проблемами.

**Модель пациента.** Пациент постепенно входит в семейную и социальную среду. С помощью сотрудников и членов терапевтического сообщества он овладевает новыми для себя либо забытыми приемами межличностного общения, эмоционального реагирования, навыками решения возможных конфликтов, осваивает модели трезвого поведения, устанавливает новые социальные связи, которые не связаны с употреблением ПАВ.

**Координатором** этого периода может быть медицинский психолог или специалист по социальной работе. По показаниям врач-нарколог оказывает консультативную, диагностическую и лечебную помощь.

Все этапы и периоды МСР целесообразно реализовывать последовательно, что позволяет обеспечить преемственность и высокую эффективность каждого из этапов медико-социальной реабилитации. Конкретные сроки реализации программы МСР определяются УРП пациента и достигнутыми результатами в рамках каждого последовательного этапа МСР.

После завершения каждого периода и этапа МСР члены реабилитационной бригады и представители старостата пациентов оценивают состояние пациента и коллегиально выносят решение либо о его переводе на последующий этап или период МСР, либо решение о продолжении мероприятий текущего этапа или периода МСР.

Совместная оценка результативности ЛРП членами реабилитационной бригады и старостатом имеет для пациентов большую достоверность и объективность, обычно не вызывает со стороны пациентов принципиальных возражений и обладает значительным воспитательным потенциалом. Формализация оценок может быть произведена в бальной системе и в индивидуальной карте пациента заносятся соответствующие баллы по всем пунктам, отражающим полноту и качество участия в программе МСР.

По окончании каждого этапа МСР и при решении вопроса о переводе пациента на последующий этап МСР члены реабилитационной бригады проводят аттестацию (оценку) результатов работы (достижений пациента) по следующим направлениям: этика поведения в реабилитационном отделении (центре), самообслуживание, отношение к труду, приобретение и совершенствование профессиональных навыков, отношения к семье, коммуникативные навыки, особенности межличностных отношений, критика к своему заболеванию, восприятие своего будущего и реальность планов на будущее. В результате коллегиально выносится решение о переводе пациента на последующий этап МСР или оставляют пациента на прежнем этапе. Решение о переводе на следующий этап МСР сообщается пациенту в официальной обстановке с обязательным соблюдением такой формальности как написание пациентом заявления на имя заведующего отделением (центра).

Если пациент по результатам проведенной аттестации не переводится на следующий этап МСР, в индивидуальный план реабилитационной работы с ним вносятся необходимые изменения и дополнения. Продленный этап МСР также завершается повторной лечебно-реабилитационной аттестацией.

К окончанию третьего (стабилизационного) этапа перед выпиской из реабилитационного отделения (центра) проводится обследование пациента и его итоговая аттестация, которая включает анализ данных соматического и психического состояния пациента, письменное тестирование (экзамен) и собеседование.

Аттестация проводится: а) членами реабилитационной бригады; б) членами психотерапевтических групп, в которых находился больной.

Аттестационный экзамен включает письменные ответы на вопросы и компьютерное тестирование, к основным темам этого «испытания» относятся: понимание зависимости как болезни (медицинские, психологические, социальные признаки); последствия зависимого поведения; признаки обострения заболевания; навыки профилактики рецидивов и кризисных ситуаций; роль труда и учебы в выздоровлении; самооценка; критика к своему заболеванию; определение таких понятий, как эмоции, воля, дружба, ответственность, совесть, долг, правдивость, трудолюбие, цель, карьера, семья, духовность.

Устное собеседование проводится в дружеской форме. Подготовленный к выписке пациент отвечает на вопросы других пациентов и членов реабилитационной бригады.

Обязательно необходимо рассказать о себе, о своем заболевании, динамике выздоровления, собственных позитивных достижениях, о взаимоотношениях с семьей, о конкретных планах после выписки из реабилитационного учреждения. Итоговая аттестация завершается (желательно в присутствии родственников) добрыми напутствиями и вручением пациенту памятного подарка в виде своеобразного «свидетельства» о завершении реабилитационной программы.

Каждый последовательный период и этап МСР предполагает организацию ряда структурных подразделений для дифференцированного решения задач, а также обеспечения

последовательности и преемственности работы, в которых реализуются конкретные программы по профилактике, лечению и реабилитации.

**Оптимальный алгоритм движения пациентов** в процессе осуществления последовательных этапов ЛРП:

- 1) Лечение психических и поведенческих расстройств вследствие употребления ПАВ; отделение неотложной наркологической помощи или наркологическое отделение наркологической больницы (диспансера).
- 2) **МСР** в стационарных условиях: отделение медико-социальной реабилитации наркологической больницы (диспансера) или реабилитационный наркологический центр.
- 3) **МСР** в амбулаторных условиях: отделение медико-социальной реабилитации (дневной наркологический стационар или **амбулаторное отделение наркологического диспансера**).
- 4) Диспансерное наблюдение участкового врача-нарколога.

## Работа медицинского психолога на последовательных этапах лечебно-реабилитационного процесса

Работа медицинского психолога на адаптационном этапе предусматривает решение следующих задач:

1. Установление и закрепление доверительных отношений с пациентом.
2. Активизация внимания пациента к происходящему в настоящем.
3. Проведение мотивационного консультирования и укрепление мотивации к участию в ЛРП.
4. Работа над психологическим осознанием пациента перспектив лечения и своих личностных возможностей.
5. Обеспечение занятости, проведение коррекции алекситимии, расширение спектра чувственного восприятия.
6. Установление синдрома-комплекса психологических нарушений (СКПН) и клинико-психологического функционального диагноза (КПФД). КПФД — это многофакторный психологический диагноз, установленный путем получения информации о больном с помощью психологического обследования, бесед с родственниками пациента, со ЗДЛ, с персоналом клиники, в которой он находился (в случае повторного обращения) или находится в данный момент, наблюдений медицинского психолога в ходе многократных консультаций. Медицинский психолог помогает составить объективную картину о личностных психологических нарушениях (когнитивная, эмоциональная, поведенческая сферы), выявить проблемы и их причины, способствующие формированию зависимости, оценить дисфункциональную ситуацию в семье, обусловленной болезнью, а также найти пути адаптации и ресоциализации пациентов.
7. Составление индивидуального плана психокоррекционной работы.
8. Помощь пациенту в осознании сути своего заболевания.
9. Помощь пациенту в прояснении и формировании личных и значимых для него целей и задач реабилитации.
10. Развитие самодисциплины (силы воли).

**Работа медицинского психолога на интеграционном этапе реабилитационного периода включает следующие задачи:**

1. Повторное определение СКПН (в особенности аффективная, поведенческая, мотивационная, морально-этическая сферы).
2. Внесение корректив, в зависимости от динамики результатов КПФД. Создание индивидуального плана психокоррекционной работы (индивидуальной и групповой), включающего количество психотерапевтических сессий, их продолжительность и частоту.
3. Внесение корректив в график психокоррекционной работы, который выдается больному.
4. Проведение психокоррекционной работы по укреплению мотивации к лечению, участию в реабилитационной программе и отказу от ПАВ.

В процессе улучшения физического, психического и психологического состояния продолжается работа над усилением существующих и созданием новых мотивов к участию в ЛРП.

5. Формирование эффективного копинг-поведения, развитие навыков самоэффективности, самоконтроля, самоуважения и самооценности.

В области жизненной философии когнитивные факторы претерпевают существенные изменения: от отчуждения – к осознанию обязательств и привязанностей; от наказания – к совестливости; от стремления немедленно редуцировать напряжение и реализовать его в непосредственном поведении – к регулированию самооценки, самоконтролю, самоэффективности, самокомпетентности и самоуважению; от некритического принятия системы отношений и ценностей, убеждений и целей – к устойчивой и постоянной собственной позиции.

На основании анализа когнитивных факторов, участвующих в процессах психосоциальной адаптации личности, разработана концепция модели копинг-поведения.

6. Выявление и преодоление социофобии.

У наркологических больных, особенно у лиц, зависимых от наркотиков, часто диагностируется «социофобический синдром». В его структуре преобладают:

- а) страх подвергнуться критике, осуждению, наблюдению, контролю;
- б) психический дискомфорт в тех ситуациях социального взаимодействия, когда могут вскрыться сами факты употребления ими наркотиков/алкоголя и негативные стороны наркотизации;
- в) тревога, чувство краха и бессилия перед развивающейся реальностью, в которой они чувствуют себя как бы застывшими в развитии.

При социофобии нарушается самообладание, помогающее больному управлять собственным поведением, сохранять способность к выполнению деятельности в самых неблагоприятных условиях. Основное содержание этого свойства составляет работа двух психологических механизмов – самоконтроля и коррекции.

С помощью самоконтроля субъект следит за эмоциональным состоянием, выявляя возможные отклонения (по сравнению с фоновым, обычным состоянием) в характере его протекания. С этой целью он задаёт себе контрольные вопросы: «Не выгляжу ли я сейчас взволнованным?», «Не выгляжу ли я глупо?», «Не говорю ли я излишне тихо или, наоборот, громко, слишком быстро, сбивчиво?» и т.п.

Если самоконтроль фиксирует факт рассогласования, то этот результат является толчком к запуску механизма коррекции, направленного на подавление, сдерживание эмоционального «взрыва», на возвращение нормального реагирования в нормативное русло.

При социофобии же больной находится во власти сомнений.

7. Продолжение психокоррекционной работы с родственниками больных и ЗДЛ. Вовлечение их в программу для созависимых.

**Работа медицинского психолога на стабилизационном этапе реабилитационного периода включает решение следующие задачи:**

1. Повторное установление синдрома-комплекса психологических нарушений (СКПН) и определение клинико-психологическая функциональная диагностика (КПФД).  
Решение этой задачи не может ограничиваться одним этапом; работа над ней переходит из одного этапа в другой в связи с особенностями динамики заболевания и психологического состояния. Это касается когнитивной, эмоциональной, волевой сфер и мотивации. Кроме методик диагностики, используемых на предшествующих этапах, дополнительно следует применять методики, определяющие динамику восстановления больного и его статус.
2. Внесение корректив в индивидуальный план психокоррекционной работы (индивидуальной и групповой), включающий количество психотерапевтических сессий, их продолжительность и частоту.  
В тех случаях, когда определяется положительная динамика заболевания, составляется новый план психокоррекционной работы с использованием технологий «личностного роста». В график психокоррекционной работы вносятся изменения, и он выдается больному.
3. Проведение психокоррекционной работы по укреплению мотивации к лечению, участию в реабилитационной программе и отказу от ПАВ.  
Решение этой задачи направлено на усиление существующих и созданию новых мотивов для участия в ЛРП.
4. Усиление сформированного эффективного копинг-поведения, навыков самоэффективности, самоконтроля, самоуважения и самооценности.
5. Тренинговое обучение навыкам психосоциальной адаптации в обществе.
6. Развитие социального и асоциального интеллекта, формирование позитивной «Я-концепции» и коррекция «макиавеллианского интеллекта».
7. Преодоление социофобии.
8. Оценка, прогнозирование и коррекция индивидуальной психологической динамики и реабилитационного потенциала пациента.
9. Продолжение психокоррекционной работы с родственниками больных и ЗДЛ.  
Проработка мотивов с применением метода символдрамы (техники кататимно-имажинативной психотерапии):
  - встреча с особо значимым лицом (мать, отец, братья и сестры, кумир, наставник и т. д.) в реальном или символическом облачении (в образе животного, дерева и т. п.).
  - представление реальной ситуации дома;
  - откровенный разговор с членом семьи.
10. Профилактика срывов и рецидивов заболевания.

В представленной модели предлагается точка зрения на суть рецидива как на ошибку, которую пациенту необходимо правильно воспринимать, осознавать и использовать как опыт в дальнейшем исцелении от зависимости. Важнейшей основой данной модели является не только профилактика срыва и рецидива, пока он не произошел, но и работа с пациентом по формированию навыков успешной психосоциальной адаптации.

Особое место уделено самоэффективности, которая развивается на протяжении всего времени абстиненции, и ситуациям высокого риска срыва, а также формированию и эффективному использованию навыков успешной психосоциальной адаптации (включающих развитие навыков эффективного взаимодействия с социальным окружением, развитие эмпатии, формирование позитивной «Я-концепции» и коммуникативных навыков) для преодоления ситуаций риска. Если пациент не способен использовать эффективное копинг-поведение при столкновении с ситуациями риска, то результатом будет снижение ощущения самоэффективности в процессе преодоления болезни и использование наркотика в качестве деструктивного копинг-механизма избегания проблемы. Если результаты работы по преодолению зависимости оцениваются пациентом как эффективные, наркотики будут использованы с меньшей вероятностью.

В соответствии с когнитивно-поведенческой моделью процесс рецидива происходит следующим образом. На ситуацию высокого риска срыва индивид может давать эффективный копинг-ответ, направленный на преодоление своего влечения. В результате у него повышается ощущение самоэффективности и уменьшается риск срыва. Если индивид не дает эффективного копинг-ответа, у него уменьшается ощущение самоэффективности в преодолении болезни и усиливаются позитивные ожидания от приема наркотика. Он употребляет наркотик, затем следует эффект абстиненции и интрапсихический конфликт, вызванный когнитивным диссонансом между желаемым отношением к себе и восприятием себя как потерявшего контроль. Вследствие этого проблемы рецидива нарастают.

**Для профилактики рецидивов** проводится необходимая работа по повышению уровня знаний о ситуациях высокого риска (тренинг навыков преодоления ситуаций высокого риска); повышению самокомпетентности и умения понимать и контролировать процессы, связанные с изменениями в сфере своего «Я» в ситуациях высокого риска; работа по развитию умений осознавать собственные чувства и эмоциональное состояние, умений открыто выражать собственные чувства; работа с самоидентификацией себя как человека, эффективно преодолевающего зависимость; тренинг когнитивной оценки проблемных стрессовых ситуаций и ситуаций высокого риска.

В случае состоявшегося срыва и развивающегося рецидива используется медицинская программа снятия абстиненции и когнитивной реконструкции понимания процесса рецидива и поиска когнитивных, аффективных и поведенческих ресурсов по его преодолению.

Конкретные психотехнологии профилактики рецидива базируются на понимании того, что у пациента необходимо развивать:

- **умение обсуждать позитивный опыт** успешного преодоления ситуаций риска срыва и рецидива и проводить анализ и оценку ситуаций высокого риска срыва и рецидива;
- **способность к самонаблюдению** как инструменту самоконтроля для усиления уровня осознания различных ситуаций;
- **умение анализировать** конкретные ситуации риска в качестве домашней работы — таким образом происходит обучение конкретным формам копинг-поведения (важно составить индивидуальный список конкретных ситуаций риска в иерархической последовательности от менее рискованных к более рискованным и оценить выраженность риска для себя в балльной системе);
- **навыки проработки вариантов преодоления ситуаций риска** в последовательности от менее до более рискованных, вплоть до максимально трудных ситуаций; необходимо, чтобы пациент осознавал свою реальную готовность к их преодолению и ее степень,

чувствовал себя эффективным — таким образом, будет формироваться самоэффективность в преодолении риска рецидива;

- **навыки по разработке вариантов использования альтернативных наркотизации копинг-стратегий** (форм поведения, которые будут способствовать сопротивлению искушению наркотизации или его избеганию);
- **умение адекватно оценивать и анализировать себя**, свои мысли, эмоции и действия и понимать, что повышение самоэффективности — это результат успешно усвоенных и развитых навыков преодоления стрессовых и рискованных ситуаций;
- **умение проводить микроанализ срыва или рецидива** (если он произошел): пациент должен понять, что у него была возможность выбора варианта поведения. Необходимо проанализировать вместе с пациентом причины выбора именно этого варианта. Анализ рецидива производится посредством построения поведенческой цепи, приводящей к срыву. Лечебный смысл анализа заключается в том, что пациент должен получить новую информацию о собственной динамике рецидива и обучиться адекватным стратегиям его предотвращения — конкретным навыкам для достижения и сохранения трезвости.

Определим **навыки адаптивного копинг-поведения**, необходимые для предотвращения рецидива:

- сбалансированное использование соответствующих возрасту стратегий разрешения проблем и поиска социальной поддержки;
- достаточное развитие сбалансированного когнитивно-оценочного механизма, а также эмоционального и поведенческого компонентов;
- преобладание мотивации к достижению успеха над мотивацией к избеганию неудачи;
- готовность к активному противостоянию негативным факторам среды, и осознанная направленность своего поведения на источник стресса;
- наличие определенных личностных адаптивных ресурсов, обеспечивающих позитивный психологический фон и способствующих развитию навыков эффективной психосоциальной адаптации (позитивная «Я-концепция», развитость восприятия социальной поддержки, **интернального** локуса контроля над средой, эмпатии и аффилиации, и т.д.).

Данная модель когнитивно-поведенческой психотерапии характеризуется также наличием эффективного социально-поддерживающего процесса, обеспечиваемого развитостью базисной копинг-стратегии поиска социальной поддержки и личностного копинг-ресурса ее восприятия; самостоятельным активным выбором ее источника; определением вида и дозированием объема поддержки; успешным прогнозированием ее возможностей.

**Работа медицинского психолога в постреабилитационном (профилактическом) периоде включает следующие задачи:**

1. Продолжение мониторинга путем клинико-психологической функциональной диагностики.
2. Внесение корректив в индивидуальный план психокоррекционной работы (индивидуальной и групповой), включающий количество психотерапевтических сессий, их продолжительность и частоту.
3. Внесение корректив в график психокоррекционной работы, который выдается больному.
4. Проведение психокоррекционной работы по укреплению мотивации к лечению, участию в реабилитационной программе и отказу от ПАВ.

В процессе улучшения физического, психического и психологического состояния продолжается работа над усилением существующих и созданию новых мотивов для участия в ЛРП.

5. Усиление сформированного эффективного **копинг**-поведения, навыков самоэффективности, самоконтроля, самоуважения и самооценности.
6. Тренинговое обучение навыкам психосоциальной адаптации в обществе, преодоление социофобии.
7. Формирование имиджа успешного человека, свободного от зависимости, посредством имидж-консультирования.
8. Развитие социального и эмоционального интеллекта, формирование позитивной «Я-концепции» и коррекция «макиавеллианского интеллекта».

Социальный интеллект определяется, как способность правильно понимать поведение людей, что необходимо для эффективного межличностного взаимодействия и успешной психосоциальной адаптации.

«Макиавеллианский интеллект» — это способность субъекта к познанию другого субъекта и введение им последнего в заблуждение путем манипулятивного поведения с целью получения личной выгоды. Понятие «макиавеллизм» является реализацией «макиавеллианского интеллекта» в действии и проявляется в склонности человека манипулировать другими людьми в межличностных отношениях в корыстных целях.

Манипулятивный способ поведения зависимых от наркотиков и алкоголя - хорошо известный клиницистам феномен.

Эмоциональный интеллект – «способность осознавать свои эмоции и эмоции других, чтобы мотивировать себя и других, и чтобы хорошо управлять эмоциями наедине с собой и при взаимодействии с другими».

Эмоциональный интеллект включает следующие ментальные способности:

- осознанная регуляция эмоций;
- понимание (осмысление) эмоций;
- ассимиляция эмоций в мышлении;
- различение и выражение эмоций.

В процессе заболевания у больных алкоголизмом и наркоманией усиливается функция «макиавеллианского интеллекта», между тем как уровень эмоционального и социального интеллекта существенно снижается.

9. Оценка, прогнозирование и коррекция индивидуальной психологической динамики и реабилитационного потенциала пациента
10. Продолжение психокоррекционной работы с родственниками больных и ЗДЛ.
11. Профилактика срывов и рецидивов заболевания.

## Реабилитационная (терапевтическая) среда

Неотъемлемым условием МСР является **реабилитационная (терапевтическая) среда** как совокупность функциональных и организационных факторов, объединенных в программу реабилитации и от которых зависит формирование качеств больных.

РС в наркологии обеспечивается совокупностью факторов, организационных (реабилитационный центр, стационар, амбулатория, община, реабилитационное общежитие, соответствующие штаты и т.д.) и функциональных (медицинских, трудовых, психолого-психотерапевтических, образовательных, воспитательных, микросредовых, семейных), объединенных программой реабилитации. Среда реализации ЛРП, в которой конструируется микросоциальное окружение, постоянно поощряющее нормативное поведение и жизнь без

наркотиков, имеет решающее значение в решении задач поэтапного восстановления физического и психического здоровья наркологических больных и их ресоциализации.

Выделяют три варианта РС в зависимости от степени защищенности пациентов от агрессивного влияния внешней среды:

1. Открытая: наркологический диспансер, амбулаторное отделение, клубы трезвости и т.д. К такому виду реабилитационной среды также относят место учебы, работы и досуга, семью пациента при их вовлечении в реабилитационный процесс.
2. Полузакрытая – дневной стационар при наркологическом диспансере/больнице.
3. Закрытая: реабилитационные отделения и центры постоянного пребывания, и стационарные отделения медицинских организаций.

МСП в любой реабилитационной среде осуществляется при обязательном участии врача-нарколога, который выступает как член реабилитационной бригады или как консультант, например, в общинах, группах взаимопомощи, конфессиональных учреждениях.

Степень защищенности пациентов от рецидивов синдрома зависимости от ПАВ надежнее в закрытой РС, поэтому такие условия применяются для пациентов с низким или средним УРП. В полузакрытых и открытых условиях защищенность пациентов от проникновения ПАВ и влияния, не мотивированных на лечение и прекращение употребления ПАВ пациентов значительно меньше. Такие условия больше приемлемы для пациентов с высоким УРП и реже – для пациентов со средним УРП. Для пребывания пациента в условиях открытой РС необходимо наличие у него достаточной ответственности за свое состояние, желания и умения противостоять агрессивным влияниям внешней среды. Поэтому важно своевременно в зависимости от динамики восстановления функциональных признаков заболевания обеспечить реализацию принципа этапности при проведении МСП и своевременно переводить пациентов из закрытой в полузакрытую и открытую РС. При необходимости, если пациент не удерживается в открытой РС, то при его согласии он может быть переведен в полузакрытую и закрытую РС.

Создание оптимальной РС требует разработки специальной **программы обучения персонала** правильному ведению социально-медицинской работы с пациентами. Эта программа включает в себя:

- 1) Информационная часть – проведение бесед на темы проявлений наркомании и методов их лечения и реабилитации.
- 2) Обучение навыкам: ухода за тяжелыми больными, проведении специальных реабилитационных мероприятий (трудо-, культуротерапевтических, оздоровительных), правильного взаимодействия с пациентами и их родственниками.
- 3) Контролирующая часть – проверка знаний, навыков и выполнения возложенных обязанностей, анонимное анкетирование пациентов с оценкой ими работы персонала.

Медсестры, осуществляющие МСП пациентов, должны получить большую самостоятельность в деятельности, направленной на создание атмосферы взаимопонимания и взаимоподдержки. Им требуется находиться в постоянном контакте с пациентами и социальными работниками, с одной стороны, и с врачами, с другой стороны. Ряд функций по обеспечению РС в медицинской организации должен быть взаимозаменяемым между медсестрами, социальными работниками и пациентами.

## Реабилитационный режим

Необходимым условием МСП является оптимальная организация распорядка дня, обеспечивающего постоянную занятость пациентов, сочетание медицинских,

психотерапевтических процедур с трудотерапией, обучением, индивидуальными занятиями, культуротерапией, спортом, организованным досугом и др.

Формируемый в результате режим дня придает реабилитационному процессу своеобразный смысловой ритм, который вовлекает пациентов в активную реабилитационную деятельность. Этот ритм жизни реабилитационного отделения (центра) не должен нарушаться и без необходимости изменяться, поскольку в течение нескольких месяцев неустойчивое психическое состояние, низкое самосознание, выраженная деиндивидуализация способны очень легко разрушить лечебно-реабилитационную соразмеренность (гармонию).

После завершения лечебных мероприятий предреабилитационного периода, ориентированного на лечение острых и подострых психических и поведенческих расстройств и предполагающего по показаниям строгий надзор, медицинское наблюдение и постельный режим (**ограничительный режим**), пациенту должен быть назначен **щадящий режим** трудовой и учебной деятельности с умеренным использованием физических и психических нагрузок, но стимулирующий пациента к участию в коллективных мероприятиях: следование распорядку дня реабилитационного отделения (центра), трудотерапия, предусмотренные графиком **ПМСР** массовые мероприятия, помощь медицинскому персоналу в обслуживании отделения.

На интеграционном этапе МСР актуальным становится **реабилитационный (активирующий) режим**, стимулирующий пациентов к физическим и психическим нагрузкам в полном объеме и на полный рабочий день, основанный на системе самообслуживания, поощряющий социальную активность пациента, не мешающий его свободному передвижению по отделению, обеспечивающий его полезной занятостью с учетом индивидуальной системы ценностей и интересов при минимальной изоляции от общества.

Важным компонентом реабилитационного режима является внедрение самоуправления пациентов в отделении (центре). Самоуправление пациентов подразумевает выборы старосты и совета пациентов отделения (центра); введение элементов коллективной ответственности пациентов за происходящее в отделении (центре); ограничении влияния отрицательных лидеров; привлечение пациентов- активистов к мероприятиям по улучшению быта и интерьера отделения (центра), трудотерапии, к культуротерапии, творчеству, спорту и пр., корректировке отношения к пациентам со стороны персонала.

Организация трудотерапии как компонент реабилитационного режима включает в себя помощь персоналу со стороны пациентов в отделении (центре). Терапия занятостью является стержневым элементом реабилитационной работы по обеспечению постоянной занятости пациентов, представляющим собой все более усложняющийся социально-трудовой тренинг, имеющий целью закрепление навыков самостоятельной жизни и самообеспечения.

Программа МСР строится с учетом различных вариантов режима, подбора и обучения медперсонала, позволяющих создать РС в реабилитационном отделении (центре) в условиях закрытой, полужакрытой или открытой РС.

## Медицинская реабилитация в стационарных условиях

На МСР в стационарных условиях направляются:

- пациенты с синдромом зависимости от ПАВ с высоким, средним и низким УРП, завершившие восстановительный (предреабилитационный) комплекс лечебных мероприятий;
- пациенты с синдромом зависимости от ПАВ после неэффективного лечения и реабилитации в реабилитационных учреждениях открытого и полужакрытого типов.

Сроки реализации медицинских реабилитационных программ в стационарных условиях зависят от УРП пациента и быстроты адаптации к функционированию в условиях стационара.

#### **Задачи МСР в стационарных условиях:**

1. Выработка установки на отказ от употребления ПАВ и формирование мотивов на участие в ЛРП.
2. Лечение и профилактика психических расстройств и расстройств поведения по средствам комплекса фармакологических, физиотерапевтических, психотерапевтических и других мероприятий.
3. Восстановление и (или) формирование навыков эмоциональной саморегуляции при решении личных и социальных задач и навыков преодоления конфликтных ситуаций.
4. Улучшение качества жизни пациента за счет оптимизации его удовлетворенности физическим, психологическим, социальным и эмоциональным состоянием, оцениваемым исходя из его субъективного восприятия, в том числе за счет:
  - формирования и закрепления нормативной ценностной ориентации и позитивных морально-этических установок;
  - формирования реальной жизненной перспективы;
  - формирования модели здорового образа жизни, ответственности за свое поведение и сохранение трезвости;
  - формирования (или восстановления) навыков систематического труда и учебы;
  - восстановления семейных или иных значимых межличностных отношений.
5. Формирование моделей поведения, способствующих поддержанию трезвого образа жизни и эффективному социальному функционированию, в том числе за счет:
  - психокоррекции поведенческих расстройств;
  - восстановления коммуникативных навыков, необходимых, в том числе, в профессиональной деятельности, семейных отношениях и неформальном межличностном общении;
  - анализа аутоагрессивного (саморазрушающего) поведения и обучения конструктивным моделям поведения;
  - формирования целенаправленной деятельности и повышения нормативных уровней притязаний и социальных интересов.
6. Медицинская профилактика срывов (одно- или двукратное употребление ПАВ на фоне ремиссии) и рецидивов заболевания, в том числе путем:
  - обучения умению определять предвестники обострения влечения к ПАВ и преодолевать рецидивы заболевания с помощью ряда психотерапевтических когнитивно-поведенческих методик;
  - обучения навыкам противостояния стрессовым ситуациям и умению сказать «нет» ПАВ.
7. Расширение знаний родственников пациентов о медико-социальных последствиях употребления ПАВ, обучение навыкам оказания психологической поддержки пациентам и контролю за их состоянием с целью предупреждения рецидивов заболевания.
8. Преодоление родственниками созависимости в ходе психотерапевтической работы.

Общеукрепляющая терапия представляет собой выполнение самых легких операции с целью повышения жизненного тонуса, заинтересованности в активных физических действиях, мотивации к выздоровлению и восстановлению трудоспособности, освоение и закрепление навыков самообслуживания.

Восстановительная трудовая терапия направлена на восстановление нарушенных трудовых способностей пациента, профилактику физических и двигательных расстройств, в период, когда происходит их приспособлением условием жизнедеятельности в реабилитационном учреждении.

Упомянутые виды действий должны способствовать психофизическому восстановлению и воспитание у пациентов (реабилитантов) чувства социальной ответственности, вызывать ощущение успеха и осознание социальной полезности, а также способствовать дальней социальной адаптации больного.

#### **Социальные требования к МСР в стационарных условиях включают:**

1. Организация условий для трудовой деятельности, занятий спортом, творческой деятельностью, проведения культурно-массовых и содержательных досуговых мероприятий. Создание условий для постоянной занятости и трудовых процессов, выработка у пациентов стремления к регулярному труду, относятся к основным принципам МСР.

Рекомендуется организация изостудии (рисование, лепка, фотография и др.), спортивного и досугового комплекса (открытая спортплощадка, зал для спортивных игр, занятий, помещение для просмотра тематических кинофильмов, телепередач и пр.).

- Осуществление социально-психологической, коррекционной и обучающей работы специалиста по социальной работе, социального работника:
- приобщение больного к труду, учебе и творческой деятельности;
- коррекция адаптации больных к условиям реабилитационного учреждения на каждом из этапов реабилитации;
- контроль за поведением, овладением трудовыми технологиями, успехами в работе, учебе и пр.;
- помощь в восстановлении нарушенных семейных отношений и социальных связей, в решении социально-бытовых проблем;
- содействие в трудоустройстве, профессиональном обучении, продолжении учебы после выписки из реабилитационного стационара или в период реабилитации в амбулаторных условиях;
- консультирование по правовым вопросам;
- обеспечение информацией: о лечебных и реабилитационных наркологических учреждениях; о реабилитационных программах; об общественных организациях и религиозных конфессиях, занимающихся проблемами зависимости; о возможностях приобретения популярной литературы и методических материалов по антинаркотической тематике; о культурно-массовых мероприятиях против алкоголя и наркотиков и пр.;
- проведение культурно-массовых, спортивных и досуговых мероприятий, способствующих реабилитации больных;

После завершения программы МСР в стационарных условиях (реабилитационное отделение, реабилитационный центр, дневной реабилитационный стационар) пациенты мотивируются (и им рекомендуется) на участие в программах МСР в амбулаторных условиях.

## **Медико-социальная реабилитация в амбулаторных условиях**

**Цель МСР в амбулаторных условиях** – восстановление и стабилизация физического и психического состояния пациента, восстановление его социального статуса, то есть

восстановление, коррекция или формирование нормативных личностных и социальных качеств больного, возвращение его в семью и общество.

#### **Задачи МСР в амбулаторных условиях:**

- мотивация больных на участие в ЛРП;
- консультацию медицинского психолога и специалиста по социальной работе;
- специализированное диагностическое консультирование врача-нарколога с последующим направлением больных в наркологическое учреждение для оказания квалифицированной лечебной помощи и обследования, т.е. для реализации восстановительного (преимущественно лечебного) периода ЛРП;
- лечение слабо выраженных абстинентных и постабстинентных расстройств алкогольного или наркотического генеза;
- организация поддерживающих противорецидивных реабилитационных программ;

Кроме того, в амбулаторных отделениях может быть оказана лечебно-реабилитационная помощь родственникам наркологических больных с функциональными нарушениями (созависимость и астеноневротические расстройства и пр.), нуждающимся в консультировании, психологической поддержке и психокоррекции.

#### **Модель пациента:**

- с высоким, средним и низким уровнями реабилитационного потенциала, частичного или полностью завершившие восстановительный (предреабилитационный) период лечебных мероприятий и изъявившие желание пройти ПМСР в условиях амбулатории;
- прошли программы социальной реабилитации в реабилитационных центрах и нуждаются в поддерживающей ПМСР;
- освобожденные из мест лишения свободы и добровольно согласившиеся на участие в реабилитационных программах в амбулаторных условиях;
- направленные решением суда на принудительное амбулаторное лечение и реабилитацию.

Все пациенты, прошедшие ПМСР в стационарных условиях, направляются на ПМСР в амбулаторных условиях после их полного обследования, при стабильном психическом и соматическом состоянии, не требующем круглосуточного медицинского наблюдения и ухода, при наличии способности к самообслуживанию.

При поступлении на ПМСР в амбулаторных условиях пациент представляет соответствующее направление, выписку из медицинской карты стационарного больного с указанием основного и сопутствующих заболеваний, результатов клинико-диагностических, бактериологических и других исследований, проведенного лечения, особенностей УРП, и показаний для проведения ПМСР в амбулаторных условиях.

Осуществление ПМСР в амбулаторных условиях позволяет пациентам продолжить работу или учебу, жить дома в семье. Вместе с тем, перед пациентом ставится ряд требований, включающих тщательно разработанную и контролируемую программу деятельности, позволяющую поддерживать высокую мотивацию на отказ от употребления ПАВ, быть дисциплинированными и ответственными за взятые на себя обязательства и т.д.

ПМСР в амбулаторных условиях осуществляется на основе взаимодействия специалистов: **врачей-наркологов участковых, врачей-психотерапевтов, врачей-медицинских психологов с другими специалистами медицинской реабилитации (социальный работник).**

В амбулаторных условиях врачи-наркологи участковые определяют наличие медицинских показаний и противопоказаний для проведения пациентам ПМСР и медицинские организации для проведения ПМСР в амбулаторных условиях.

При наличии медицинских показаний и для выработки ИПР врач-нарколог направляет пациентов на консультацию к врачу-психотерапевту, медицинскому психологу и другим специалистам по показаниям.

**Социальные требования к ПМСР в амбулаторных условиях** идентичны требованиям к медико-социальной реабилитации в стационарных условиях и предполагают активное мотивирование и вовлечение пациентов в трудовую деятельность, к профессиональному обучению, занятиям спортом, творческой деятельностью и т.д.

Продолжительность ПМСР в амбулаторных условиях для пациентов с высоким УРП составляет от трех месяцев до шести месяцев (при необходимости они могут пролонгироваться), для пациентов со средним и низким УРП - не менее одного года. При необходимости, с согласия пациента, программа МСР может пролонгироваться на срок, необходимый для полного восстановления состояния больного.

При ухудшении клинического состояния пациента, выявлении неоднократных «срывов» пациенты направляются на лечение в наркологический стационар (или дневной стационар) для проведения противорецидивной или восстановительной терапии, а впоследствии, при добровольном согласии, переводятся в стационарное или амбулаторное реабилитационное отделение.

## **Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением**

В рамках МСР применяются для лечения и профилактики острых, подострых и резидуальных психических, поведенческих и соматоневрологических расстройства вследствие употребления ПАВ. Оказываются в соответствии со «Стандартами диагностики, лечения и медико-социальной реабилитации наркологических больных» и наряду с противорецидивными и общеукрепляющими средствами включают специфические препараты, к которым относятся:

1. сенсibiliзирующие средства, блокирующие ацетальдегиддегидрогеназу – дисульфирам, цианамид, метронидазол и некоторые другие;
2. блокатор опиатных рецепторов налтрексон;
3. лекарственные средства, применяемые для облегчения никотиновой зависимости – никотин и цитизин.

Сенсibiliзирующие средства используются при алкогольной зависимости, а также при сочетанных с алкогольной зависимостью иных формах зависимости.

Сенсibiliзирующая терапия основана на применении средств, блокирующих фермент альдегиддегидрогеназу, который превращает уксусный альдегид (обладающий токсическими свойствами биологически активный продукт метаболизма этанола) в неактивный уксусный эфир. К таким средствам относятся дисульфирам, цианамид, метронидазол и некоторые другие.

После 3 и более дней приема дисульфирама в случае употребления алкоголя в крови в течение 10-20 минут в 5-10 раз возрастает уровень ацетальдегида, который вызывает целый ряд субъективно крайне неприятных симптомов и делает невозможным дальнейшее употребление спиртного: подъем артериального давления, тахикардия, тошнота и рвота, боли в области сердца, пульсирующая головная боль, гиперемия с цианотичным оттенком и одутловатостью

лица, шум в ушах, головокружение, нечеткость зрения, тревога и страх смерти. При тяжелом течении дисульфирам-алкогольной реакции артериальная гипертензия может смениться падением артериального давления с развитием коллаптоидного состояния. Дисульфирам назначают по 0,25 2 раза в день в течение 2 недель, затем суточная доза снижается до 0,25. По истечении месяца в дальнейшем делаются 10-20-дневные перерывы либо, наоборот, дозу временно повышают - в зависимости от ситуации (праздники и т.п.) и состояния больного.

Считается, что дисульфирам может быть эффективным фармакологическим средством при кокаиновой зависимости, а также при злоупотреблении кокаином у лиц с опиоидной зависимостью. Этот эффект дисульфирама объясняют его способностью ингибировать  $\beta$ -дофамингидроксилазу, что приводит к появлению избыточного количества свободного дофамина и сокращению синтеза норадреналина. Поскольку кокаин является мощным ингибитором обратного захвата катехоламинов, дисульфирам может снижать патологическое влечение к кокаину.

Таким образом, в настоящее время показания к применению дисульфирама расширились и включают не только алкогольную зависимость, но и зависимость от кокаина, а также сочетанное употребление кокаина и алкоголя.

Аналогично дисульфираму действует на метаболизм алкоголя цианамид, который принимают в дозе от 12 до 24 капель в день. Цианамид считается более специфическим препаратом по механизму действия, так как влияет только на ацетальдегиддегидрогеназу (дисульфирам, помимо этого механизма, еще блокирует  $\beta$ -дофамингидроксилазу). Курс лечения длительный – 3-6 месяцев и более. Метронидазол, также используемый в качестве средства "сенсibilизации" к алкоголю, менее токсичен, чем дисульфирам, и потому не требует особых предосторожностей. Его назначают по 0,75 г 3 раза в день в течение 2-3 недель.

#### Рекомендуемые к использованию в наркологической практике специфические средства

Лекарственное средство	Показания	Дозы и применение
<b>Дисульфирам</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– профилактика рецидивов во время лечения; лечение</li> <li>– снижение влечения к алкоголю</li> <li>– выработка условно-рефлекторной реакции отвращения к алкоголю</li> </ul>	начальная доза 500 мг/сут, дозупостепенно снижают до 250/125 мг/сут
<b>Цианамид</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– лечение и профилактика рецидивов</li> </ul>	12-24 капли/сут
<b>Налоксон</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– острая интоксикация опиоидными анальгетиками, алкогольная кома</li> <li>– введение налоксона страдающим наркоманией вызывает характерные проявления АС, что используют в диагностических целях</li> </ul>	средняя доза 0,4 - 0,8 мг
<b>Налтрексон</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– опиоидная зависимость (после купирования ОАС)</li> <li>– снижение потребности в алкоголе и предотвращение рецидивов хронического алкоголизма</li> </ul>	50 мг (пероральная форма) 380 мг (инъекционная пролонгированная форма)

<b>Никотин</b>	– лечение никотиновой зависимости путем снижения потребности в никотине; снятие симптомов отмены, возникающих при отказе от курения.	7-21 мг, ежедневно до 3-х месяцев
<b>Цитизин</b>	– лечение никотиновой зависимости	По инструкции

Налтрексон используется при опиатной и алкогольной зависимости. В настоящее время существуют исследования, которыми показана терапевтическая эффективность блокаторов опиатных рецепторов при кокаиновой, стимуляторной и игровой зависимостях. В большинстве случаев налтрексон назначается ежедневно, 1 раз в день, внутрь, по 50 мг. Его следует применять в сочетании со всеми остальными методами и средствами лечения. У некоторых больных (женщины; лица молодого возраста; пациенты, лишь недавно употреблявшие спиртное) прием налтрексона вызывает тошноту и головную боль. В этих случаях лечение можно начинать с дозы 12,5-25 мг, переходя через несколько дней к 50 мг.

Помимо пероральной часто применяется парентеральная (внутримышечная) инъекционная форма Налтрексона пролонгированного действия в дозировке 380 мг. Длительность действия этой формы составляет 4 недели. Продолжительность лечения – от 6 месяцев при алкогольной зависимости, при опиоидной зависимости 12 месяцев, после чего решается вопрос о возможном продлении назначения препарата. Хотя полное воздержание от алкоголя является целью лечения налтрексоном, его не следует выдвигать в качестве безусловного требования; если больной согласен лечиться, но продолжает периодически выпивать, это не означает, что лечение надо прекратить: некоторые больные, особенно на первых порах, реагируют на налтрексон не прекращением, а лишь сокращением приема алкоголя. Рекомендовано применение инъекционной формы Налтрексона пролонгированного действия 380 мг в сочетании с психотерапевтическим лечением в рамках амбулаторной и стационарной **медико-социальной** реабилитации.

## **Немедикаментозные (физиотерапевтические) методы профилактики, лечения и медико-социальной реабилитации**

Применение физиотерапевтических процедур является полезным дополнением к комплексной фармакотерапии, так как позволяет повысить эффективность последней.

Физиотерапевтические методы применяются в стационарных условиях, назначаются по показаниям после консультации врача-физиотерапевта.

### **Методы физиотерапии, используемые в наркологической практике**

1	электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
2	дарсонвализация местная при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
3	гальванотерапия при заболеваниях периферической нервной системы
4	токи Бернара при заболеваниях периферической нервной системы
5	дарсонвализация местная при заболеваниях периферической нервной системы
6	электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях периферической нервной системы
7	электросон

8	воздействие электрическим полем ультравысокой частоты (ЭП УВЧ)
9	воздействие переменным магнитным полем (ПеМП)

## Психотерапия в программах медико-социальной реабилитации

При проведении психотерапии важна целенаправленность психотерапевтического воздействия (нозологическая, симптоматическая, личностная). При разработке ИРП необходимо сформировать индивидуальные «мишени» психотерапевтического воздействия для каждого пациента.

Выбор мишеней психотерапевтического воздействия зависит от индивидуальных возможностей и характеристик пациента: образование, интеллект, когнитивные особенности, способность к творческому мышлению и осмыслению, личностные особенности, внутриличностный темп психических процессов. Учитывая крайне нестабильную мотивацию пациентов с зависимостью от ПАВ на лечение и на отказ от употребления ПАВ, основным методом психотерапии на всех этапах ЛРП является мотивационная психотерапия.

### Основные мишени психотерапевтического воздействия у пациентов с зависимостью от ПАВ:

- патологическое влечение к ПАВ (способность распознавания мотивации приема ПАВ, включая собственно патологическое влечение, его симптомов, и проявления той «первичной, бессознательной» мотивации больных, которая составляет патогенетический элемент генеза зависимости, и которая тесно связана с патологией личности);
- нарушения нозогнозии, частичное осознание болезни; личностные дисфункции пациента (акцентуации, расстройства личности);
- искаженные представления (и/или опасения) по поводу лечения;
- искаженные коммуникативные установки;
- нарушения самооценки пациента;
- слабые рефлексивные способности, невозможность оценки своего актуального состояния;
- нарушения способности установления глубокого контакта (в рамках терапевтического альянса), в том числе - способности к получению эмоциональной поддержки от специалиста;
- интрапсихические конфликты, сопровождающиеся интенсивными, но плохо осознаваемыми эмоциями;
- пессимистические установки и паттерны «выученной беспомощности», разрушающие и искажающие «образ будущего» больного;
- типичные нарушения объектных отношений.

### Медицинские услуги для психотерапии, психологического консультирования и оценки психотерапевтической динамики

1. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение специалиста (стационарно)	
обязательно	по показаниям
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта</li> <li>– Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога</li> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта повторно</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– нет</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>– Прием (тестирование, консультация)</li> <li>– медицинского психолога повторно</li> </ul>	
<b>2. Психотерапевтическое лечение (стационарно)</b>	
<b>обязательно</b>	<b>по показаниям</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Психологическая адаптация</li> <li>– Терапия средой</li> <li>– Психологическое консультирование</li> <li>– Индивидуальное психологическое консультирование</li> <li>– Групповое психологическое консультирование</li> <li>– Семейное психологическое консультирование</li> <li>– Психологическая коррекция</li> <li>– Индивидуальная психологическая коррекция</li> <li>– Социально-реабилитационная работа</li> <li>– Групповая психологическая коррекция</li> <li>– Психотерапия</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Трудотерапия</li> <li>– Арттерапия</li> <li>– Аутогенная тренировка</li> </ul>
<b>3. Прием (осмотр, консультация) и наблюдение специалиста (амбулаторно)</b>	
<b>обязательно</b>	<b>по показаниям</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта</li> <li>– Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога</li> <li>– Прием (осмотр, консультация) врача-психотерапевта повторно</li> <li>– Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторно</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– нет</li> </ul>
<b>4. Психотерапевтическое лечение (амбулаторно)</b>	
<b>обязательно</b>	<b>по показаниям</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Психологическая адаптация</li> <li>– Психологическое консультирование</li> <li>– Индивидуальное психологическое консультирование</li> <li>– Групповое психологическое консультирование</li> <li>– Семейное психологическое консультирование</li> <li>– Психологическая коррекция</li> <li>– Индивидуальная психологическая коррекция</li> <li>– Групповая психологическая коррекция</li> <li>– Психотерапия</li> <li>– Терапия средой</li> <li>– Социально-реабилитационная работа</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Трудотерапия</li> <li>– Арттерапия</li> <li>– Аутогенная тренировка</li> <li>– Когнитивно-поведенческая</li> <li>– Терапия творческим самовыражением (по Бурно)</li> <li>– Гипнотерапия</li> <li>– НЛП</li> </ul>

**Медицинские услуги для психотерапии, психологического консультирования и оценки психотерапевтической динамики**

Медицинская услуга	Применение
<p><b>Диагностика пато-и нейропсихологическая</b></p>	<p>Комплекс социально-психологических вмешательств, включающих методы выявления индивидуально психологических особенностей личности испытуемого. В учреждении здравоохранения целесообразно проводить следующие виды психологической диагностики, осуществляемые медицинском психологом:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) нейропсихологическая диагностика (для постановки топического диагноза, изучения сохранных и нарушенных звеньев психической деятельности, оценки динамики нарушений психических функций на фоне терапии и реабилитации преимущественно у больных с неврологическими заболеваниями),</li> <li>2) патопсихологическая (для оценки нарушенных и сохранных компонентов познавательной и эмоционально-личностной сферы и оценки динамики преимущественно у психически больных),</li> <li>3) личностная (проводится с использованием проективных методов и стандартизированных опросников для оценки изменений личности при широком спектре болезней).</li> </ol>
<p><b>Психологическая адаптация</b></p>	<p>Приспособление человека к существующим в обществе требованиям и критериям оценки за счет присвоения норм и ценностей данного общества. У лиц с зависимостями психологическая адаптация нарушена, вплоть до полной дезадаптации. В процессе лечения одним из важных направлений работы является восстановление психологической адаптации к трезвому образу жизни.</p>
<p><b>Психологическое консультирование</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– индивидуальное психологическое консультирование</li> <li>– групповое психологическое консультирование</li> <li>– семейное психологическое консультирование</li> <li>– консультирование</li> </ul>	<p>Совокупность процедур, направленных на помощь человеку в разрешении проблем и принятии решений относительно профессиональной карьеры, брака, семьи, совершенствования личности и межличностных отношений. Может осуществляться индивидуально и в группе. Отдельно выделяется семейное консультирование: относится не только непосредственная работа с родственниками, но и консультирование пациентов с синдромом зависимости, в том числе вместе с женами (мужьями), консультирование в добрачный период, а также в период развода. Сюда же относят консультирование по вопросам детско-родительских отношений, а также взаимоотношений с родителями и родственниками мужа/жены, т.к. наличие зависимости у одного из членов семьи отражается на всей семье и каждом его члене.</p> <p>Цели психологического консультирования зависят от конкретной психологической школы.</p>
<p><b>Психологическая коррекция</b></p>	<p>Это один из видов психологической помощи, как и психологическое консультирование, психотерапия,</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>– индивидуальная психологическая коррекция</li> <li>– групповая психологическая коррекция</li> </ul>	<p>психологическая коррекция направлена на исправление особенностей психологического развития, не соответствующих оптимальной модели, с помощью специальных средств психологического воздействия; а также — деятельность, направленная на формирование у человека нужных психологических качеств для поддержания трезвости, повышения его социализации и адаптации к изменяющимся жизненным условиям. Может осуществляться индивидуально и в группе.</p>
<p><b>Трудотерапия</b></p>	<p>Основная цель трудотерапии в наркологии: привить пациентам элементарные основные умения труда, умение адекватно воспринимать ежедневную работу. Трудотерапия помогает человеку относиться положительно к своему труду и вырабатывать навык трудиться, повышать мотивацию к трудовой деятельности, обучение посредственному труду. Человек начинает себя чувствовать полноценным членом общества, значимым, востребованным, полезным. Ценность собственного труда вырабатывает уважение к работе другого, что сближает и развивает правильное отношение к деятельности в целом. Центральной задачей метода является адаптация больного к социуму посредством его включения в активную трудовую деятельность, моделируемую в стационаре или на производстве. Метод динамичный, по мере возрастания ответственности в отношении отдельных поручений, труда, пациенту поручают рационально распределить бытовые задания между коллегами, и показать пример в выполнении задания, данная методика помогает пациенту развить самостоятельность и межличностные коммуникации.</p>
<p><b>Терапия средой</b></p>	<p>Использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением, средой. Это искусственно созданная среда функционирования больных, в которой реализуется терапевтическая программа, включает систему контроля, поощрения или порицания, ответственности и психологической поддержки, что в значительной степени гарантирует предотвращение срывов или рецидивов заболевания. Терапия средой является терапевтическим инструментом реадaptации и ресоциализации, защищает больных от негативного воздействия наркоманической/алкогольной среды (субкультуры) и, прежде всего, от потребления наркотиков/алкоголя, а также в значительной степени моделирует их функционирование в открытом обществе.</p>
<p><b>Арттерапия</b></p>	<p>Это вид психотерапии и психологической коррекции, основанный на искусстве и творчестве. Чаще под арт-терапией подразумевается терапия изобразительным творчеством с целью воздействия на психоэмоциональное состояние пациента. Метод позволяет</p>

	использовать продукты творчества для оценки динамики состояния. Арт-терапевтическая работа способствует раскрытию творческого потенциала пациента С. Применяется у пациентов с выраженной алекситимией, а также когда необходимо обеспечить эффективное безопасное эмоциональное отреагирование патогенных, задержанных эмоций.
<b>Социально-реабилитационная работа</b>	Система медицинских, психологических, воспитательных, образовательных, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на личностную реадaptацию больных, их ресоциализацию и реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления ПАВ, вызывающих зависимость. Целью социально-реабилитационной работы является восстановление (формирование) нормативного личностного и социального статуса больного на основе раскрытия и развития его интеллектуального, нравственного, эмоционального, творческого потенциала.
<b>Аутогенная тренировка</b>	Психотерапевтическая методика, направленная на восстановление динамического равновесия гомеостатических механизмов человеческого организма, нарушенных в результате стресса. Методика аутогенной тренировки основана на применении мышечной релаксации, самовнушении и аутодидактике. Лечебный эффект обусловлен возникающей в результате релаксации трофотропной реакции, сопровождающейся повышением тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, что, в свою очередь, способствует нейтрализации негативной стрессовой реакции организма. Некоторые исследователи, связывают действие аутогенной тренировки с ослаблением активности лимбической и гипоталамической областей головного мозга. Методы применяются как в индивидуальной работе, так и в группах.

### Методы психотерапии, применяемые в наркологии

Метод	Характеристика	Применение
<b>Мотивационное интервью</b>	Способ общения с пациентом, в ходе которого изменяется баланс. Ключевой концепцией является «готовность к изменениям», которая рассматривается как стадия мотивации, на которой находится пациент, внутреннее состояние, чувствительное к воздействию внешних факторов.	Базовый подход в работе специалистов. Метод, который может служить как основой каждого психотерапевтического взаимодействия нарколога (психотерапевта, медицинского психолога) с пациентом, так и отдельно избранным подходом с регламентированным количеством психотерапевтических сессий индивидуально или в группе на

		протяжении всей медико-социальной реабилитации. Эффективность высока при условии, что специалисты занимают верную неосуждающую профессиональную позицию, грамотно применяют навыки и осуществляют вмешательства, которые подготавливают пациента к изменениям.
<b>Когнитивно-поведенческая психотерапия</b>	Это процесс направленного формирования желаемых, адаптивных форм поведения на основе принципов теории обучения. Комплекс методик, которые применяют для изменения поведения, связанного с потреблением ПАВ.	Применение метода базируется на том, что можно изменять эмоции и поведение, воздействуя на содержание мыслей, возможность таких изменений основана на связи когнитивной и эмоциональной сферы. Метод хорошо воспроизводим при проведении медико-социальной реабилитации. Рекомендуются от 20 до 40 психотерапевтических сессий.
<b>Комплаенс-психотерапия</b>	Базируется на когнитивно-поведенческом подходе, использует методики, сочетающие мотивационные интервью с внедрением активных терапевтических установок, направленным решением проблем, образовательными и когнитивными компонентами.	Психотерапевтическая работа направлена на обнаружение иррациональных убеждений больных в отношении себя, болезни, прогноза употребления ПАВ в будущем, оценки собственных ресурсов по совладанию с болезнью, а затем и на изменение иррациональных убеждений пациента. Также метод предусматривает применение психообразовательных программ, направленных на объяснение механизмов развития зависимости, действия лекарств, способах лечения зависимости. Рекомендуются от 4 до 8 психотерапевтических сессий (индивидуально или в группе).
<b>Рациональная психотерапия</b>	Используются профессиональные знания врача о болезни,	Широко распространена, обязательная составная часть

	<p>производится разбор ошибок в логических построениях больного. В процессе терапии осуществляется формирование установок на лечение и отказ от употребления ПАВ, обучение «противорецидивным» навыкам. При проведении психотерапии должны учитываться личностные особенности больных.</p>	<p>работы врача-нарколога. Рекомендуется от 20 до 40 психотерапевтических сессий.</p>
<p><b>Гипно-суггестивная психотерапия (предметно-опосредованные методы, эмоционально-стрессовая психотерапия, метод чреспредметного внушения)</b></p>	<p>Методы, основанные на внушении. Повышение эффективности лечебного внушения достигается посредством погружения пациента в гипнотическое состояние или состояние «транса» - расслабленность, покой и пр. В процессе сеанса «мягкие» усыпляющие формулы перемежаются с эмоциональными императивными внушениями. Проведение каждого приема имеет свои особенности. В результате применения данных методик пациент становится эмоционально доступным, что и используется для достижения необходимого терапевтического эффекта. Некоторые методы распространены широко, некоторые теряют свою актуальность в настоящее время. Более применимы для лечения больных алкоголизмом.</p>	<p>Методы применяются как в индивидуальной работе, так и в группах. Необходимо индивидуализировать формулы внушения и самовнушения в зависимости от особенностей каждого пациента. Рекомендуется от 4 до 12 психотерапевтических сессий.</p>

<p><b>Психодрама</b></p>	<p>Это терапевтический групповой процесс, в котором используется инструмент драматической импровизации для изучения внутреннего мира пациента. Психодрама отражает действительные проблемы пациента, а не создает воображаемые сценические образы. Она основывается на том, что исследование чувств, формирование новых отношений и образцов поведения более эффективно при использовании действий, реально приближенных к жизни по сравнению с использованием вербализации. В психодраме искусственный характер традиционного театра заменяется спонтанным поведением ее участников.</p>	<p>Рекомендуется от 20 до 40 психотерапевтических сессий.</p>
<p><b>Групповая психотерапия</b></p>	<p>В основе лежит возможность группового взаимодействия. При проведении психотерапевтического процесса в группе упор делается на формирование эмоционально интенсивного и психологически положительного взаимодействия членов группы с целью коррекции их отношений и взаимодействий с микросоциальной средой.</p>	<p>При помощи методов групповой психотерапии наиболее эффективно прорабатываются проблемы преодоления психологической защиты, «отрицания» болезни. Применяются различные техники и форматы групп. Все они объединяются по ряду принципиальных характеристик лечебного процесса: 1) облегчение выражения эмоций; 2) становление чувства принадлежности к группе; 3) неизбежность самораскрытия; 4) апробация новых видов поведения; 5) использование межличностных сравнений; 6) разделение ответственности за руководство группой с ведущим.</p> <p>Рекомендуется от 20 до 40 психотерапевтических сессий.</p>
<p><b>Трансакционный анализ</b></p>	<p>Трансакционный анализ — это метод психотерапии для личностного роста и личностных изменений, включает</p>	<p>Метод гибкий, в зависимости от задач, предполагает как краткосрочное, так и</p>

	свою философию, теорию и различные технологии для изменения, в том числе, зависимого поведения. Отдельные технологии Трансакционного анализа показали свою высокую эффективность в наркологии: методика анализа игрового взаимодействия по Э.Берну С, методика анализа Драматического треугольника Стивена Карпмана В, контрактные методики, антисуицидальный контракт В, анализ и терапия трагического сценария зависимой личности В, методика диагностики и построения терапии с учетом сильных и слабых сторон личности пациента С.	длительное, многолетнее применение, от 10 до 40 психотерапевтических сессий.
<b>Семейная психотерапия</b>	Применяются различные методики, описанные выше, может быть групповой и индивидуальной. Основная цель - коррекция Патологических типов семейных отношений. Объектом психотерапевтического воздействия в данном случае является больной и его семейное окружение. Также применяется для коррекции созависимого поведения В.	Специалистам необходимо провести от 10 до 30 встреч в формате семейного консультирования с привлечением хотя бы одного из членов семьи или значимого другого.

На всех этапах МСР в обязательном порядке проводится мотивационная терапия, направленная на вовлечение пациентов в ЛРП и на удержание их в программах лечения и МСР.

Основным методом мотивационной терапии является мотивационное интервью (МИ). МИ предназначено для работы с больными с зависимостью от ПАВ на всех этапах лечения, направлено на мотивирование пациента к отказу от употребления ПАВ, к участию в лечебных и реабилитационных мероприятиях. МИ осуществляют все члены мультидисциплинарной реабилитационной бригады (психотерапевт, врач-нарколог, медицинский психолог, социальный работник).

МИ представляет собой **недирективный**, центрированный на пациенте метод, ориентированный на повышение мотивации пациента к изменению своего психического, физического и социального статуса и на преодоление амбивалентного отношения к необходимости такого изменения.

В МСР используются различные типы взаимоотношений между членом реабилитационной бригады и пациентом.

**Конфронтационный тип** содержит алгоритм противостояния, конфликта, когда врач демонстрирует пациенту пагубность и недопустимость его стиля жизни, в том числе и употребление ПАВ. В рамках конфронтационного стиля взаимоотношений негативное

отношение к наркологическому заболеванию переносится на личность пациента, порождает эффекты стигматизации и затрудняет возможность сотрудничества. Этот тип взаимоотношений не должен использоваться при МИ.

**Директивный тип** взаимоотношений представляет собой смягченный вариант конфронтационного. Он также исключает сотрудничество врача и пациента и основан на традиционном для врачей патернализме, ориентированном на создание у ослабленного болезнью пациента ощущения защиты с переносом ответственности за выздоровление на специалиста. Отдельно необходимо отметить, что патернализм является обязательным условием использования методов лечения, основанных на механизмах внушения.

Патерналистский тип взаимоотношений не принимает большинство современных пациентов, в том числе и больные наркологическими расстройствами. Кроме того, эффективность ЛРП основана на совместной ответственности врача и пациента за возможное выздоровление, что требует отказа от претензий на патернализм.

**Недирективный или клиент-центрированный тип** подразумевает обеспечение терапевтом недостающего уровня принятия в системе рассогласования между частями своего Я (в первую очередь между Я-реальным и Я-идеальным) путем позитивного внимания к пациенту, эмпатического понимания его внутреннего мира.

**МИ основано на трех основных элементах:**

- сотрудничество между пациентом и специалистом,
- продуцирование и выявление присущих пациенту мыслей по поводу необходимого изменения,
- акцентирование автономии (и ответственности) пациента в ходе осуществляющихся изменений.

**Техника МИ включает:**

- выражение эмпатии;
- установление раппорта;
- использование открытых вопросов;
- рефлексивное слушание;
- формирование программы изменений;
- содействие готовности к изменениям;
- изменение самомотивирующих формулировок пациента;
- обнаружение амбивалентности;
- баланс решений;
- информирование и совет пациенту;
- планирование изменений;
- вычленение авторитетов;
- анализ и акцентирование различий;
- поддержка самоэффективности;
- поддержка усилий;
- работа с сопротивлением;
- уклонение от дискуссии.

При проведении психотерапии, мотивирующей пациента на прекращение приема ПАВ, врач не должен вводить пациента в заблуждение, говоря о введении или имплантации ему несуществующего препарата, или препарата с плацебо-эффектом, оперировать

научнообразными терминами и давать заведомо ложную информацию о применении процедур или лекарств с плацебо-эффектом. Не допустимо указывать на применение каких-либо лекарственных средств или методов (например, таблеток, инъекций дисульфирама, налтрексона для внутримышечной имплантации, внутримышечного введения или электростимуляции), если при этом производится применение других лекарственных средств или методов с так называемым плацебо-эффектом (например, сульфата магния и др.).

## **Школа для пациентов с синдромом зависимости при проведении медико-социальной реабилитации**

Школа для пациентов – это совокупность средств и методов индивидуального и группового консультирования пациентов с целью повысить уровень их знаний, информированности и практических навыков, направленных на рациональное лечение заболевания, профилактику осложнений и повышение качества жизни.

Школа для пациентов является информационно-мотивационной технологией, позволяющей вовлекать пациентов в обучающие программы с целью формировать у них осознанную потребность вести трезвый образ жизни и достигать максимально продолжительных ремиссий.

Цель организации школ здоровья – повысить информированность пациентов о факторах риска возникновения зависимости, о факторах риска возникновения срывов и рецидивов, сформировать в пациенте желание сохранить собственное здоровье, способствовать серьезному отношению к выполнению рекомендаций врача.

В группы обучения рекомендуется включать пациентов со сходными характеристиками синдрома зависимости. При формировании групп необходимо учитывать также возраст слушателей, более взрослые пациенты требуют чаще индивидуальной работы, а для подростков программы группового обучения должны быть адаптированы с учетом особенностей их когнитивных способностей, жизненного опыта и т.д.

Программа обучения состоит из цикла структурированных занятий, продолжительностью по 60-90 минут каждое. Начальные занятия могут быть посвящены общим знаниям о проблеме зависимости, основным симптомам зависимости, стержневому расстройству зависимости – патологическому влечению, соматическим, неврологическим и психическим осложнениям болезни. Предоставление знаний о неблагоприятном воздействии ПАВ. Желательно, чтобы пациенты посещали полный цикл занятий.

## **Терапия созависимости (медицинская и социально- психологическая помощь родственникам пациентов)**

Основным методом воздействия на родственников пациентов является семейная психокоррекция, которая включает следующие мероприятия: индивидуальные беседы с членами семьи, совместные беседы с пациентами и членами семьи, привлечение членов семьи к участию в семейных клубах и других психотерапевтических группах, осуществляющих поддержку семей пациентов. Семейная психокоррекция занимает промежуточное положение между психотерапевтическими и реабилитационными методами, способствуя углублению у пациентов установки на воздержание от употребления ПАВ и улучшая их социальную адаптацию в периоды после выписки из стационара.

Подход к проведению семейной психокоррекции основан на понятии созависимости. Происходящее годами искажение взаимодействия членов семьи, приводит к созданию системы отношений, делающих жизнь семьи глубоко ущербной, но, вместе с тем крайне инертной,

устойчивой к предпринимаемым извне попыткам изменить ситуацию к лучшему. В частности, данная система отношений парадоксальным образом может способствовать тому, что происходит продолжение злоупотребления наркотиками и становится затруднительным достижение воздержания от их приема. Во время беседы с членами семьи пациентов (обычно с родителями) психотерапевт посредством воздействия на поведение и образ жизни не страдающего зависимостью от ПАВ, но созависимого родителя пытается изменить в лучшую сторону ситуацию в семье в целом и создать предпосылки для отказа от деструктивных способов общения.

**Методика подкрепления со стороны ближайшего окружения** является одной из форм поведенческой супружеской и семейной терапии. В соответствии с этой методикой кто-либо из членов семьи, обычно супруга (супруг) или мать, использует подкрепляющие стимулы (о которых заранее договариваются), либо отказывает в них для того, чтобы наградить за периоды воздержания или наказать за употребление наркотика. К подкрепляющим стимулам относятся: совместное проведение досуга, доступ к управлению автомобилем, возможность распоряжаться определенной частью денежных средств и др. При этом родственники обучаются относиться к пациенту как к человеку с хроническим психическим заболеванием, распознавать и с наибольшей выгодой использовать моменты, когда он наиболее мотивирован, чтобы начать или продолжить лечение. Им предлагается помочь пациенту адаптироваться к жизни без употребления ПАВ и не прикладывать никаких усилий в случае возобновления им употребления ПАВ. Привлечение к участию максимального количества родственников, друзей, а также регулярное наблюдение у врача используются для повышения эффективности методики.

Применение метода семейной психотерапии у пациентов с зависимостью от ПАВ помогает решить следующую основную задачу: интеграция представлений о наркологическом заболевании в русло именно болезненных расстройств, а не нравственных, психологических или других индивидуальных соображений о природе злоупотребления зависимости от ПАВ. По существу, семейная психотерапия заключается в преодолении феномена анозогнозии родственников и достижение конструктивного альянса между всеми членами семьи и врачом для развития тактики совладения с болезнью. У многих членов семьи существует страх ожидания выписки пациента из стационара, непосредственно связанного с деструктивным поведением пациента, которые они наблюдали до его госпитализации и до начала терапии. Поэтому требуется систематическое переубеждение родственников пациента, а также окружающих лиц (соседей, знакомых) в том, что пациент не может быть опасен в случае соблюдения им режима трезвости. В рамках семейной психотерапии осуществляется также консультирование по юридическим вопросам, урегулировании семейных конфликтов, помощи в решении бытовых вопросов (осуществляется социальными работниками).

На всех последовательных периодах и этапах **МСП** с родственниками пациентов подготовленные специалисты (врач, медицинский психолог, специалист по социальной работе и др.) регулярно (не реже 1 раза в месяц) проводят специальные занятия по следующим направлениям:

- медицинские и социальные последствия употребления ПАВ и зависимости от ПАВ;
- обучение навыкам общения с пациентами, особенности создания реабилитационной среды в семье;
- обучение контролю за состоянием пациентов с целью предупреждения рецидивов заболевания и оказания им психологической поддержки;
- преодоление созависимости.

## Правила изменения требований при выполнении клинических рекомендаций

При обострении заболевания («срыв», рецидив) пациенту оказываются медицинские услуги в соответствии с клиническими рекомендациями, соответствующими лечению больных с синдромом зависимости от ПАВ.

При появлении признаков другого заболевания, требующего проведения диагностических и лечебных мероприятий, пациенту оказываются медицинские услуги, соответствующие выявленному заболеванию или синдрому.

При грубом нарушении пациентом режима реабилитационного отделения (центра), отказе от МСР, нарушении установленных правил поведения и т.д. пациент исключается из программы МСР, о чем сообщается в наркологический диспансер по месту жительства пациента.

При обоснованном досрочном прекращении участия пациента в программе МСР за пациентом сохраняется право возвращения в реабилитационное отделение (центр).

### Возможные исходы и их характеристика

Тип исхода МСР	Частота развития, %	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Стабилизация	50	Отсутствие выраженного влечения к ПАВ, участие в общественно полезной деятельности (учеба, работа). Стремление к личностному и социальному благополучию. Нормализация морально-этических установок	6 - 12 месяцев	диспансерное наблюдение в наркологическом диспансере
Прогрессирование	48,5	Обострение влечения к ПАВ (срыв, рецидив заболевания), аффективные и поведенческие расстройства	на любом этапе МСР	переход к лечению синдрома зависимости
Развитие ятрогенных осложнений	1	Появление заболеваний или осложнений, обусловленных проводимой терапией (например, аллергическая реакция)	на любом этапе МР	оказание помощи по клиническим рекомендациям соответствующего заболевания
Развитие нового заболевания, связанного с основным	0,4	Присоединение заболевания, обусловленного приемом ПАВ (например, вирусный гепатит, СПИД, инфекционный эндокардита)	на любом этапе МСР	оказание помощи по клиническим рекомендациям соответствующего заболевания

		и др.)		
<b>Летальный исход</b>	0,1	Наступление смерти в результате заболевания (внезапная смерть, суицид)	на любом этапе МСР	

## Прогноз

При наличии твердой мотивации на поддержание трезвого образа жизни, сохранности критических способностей, структуры личности и адаптационных возможностей, а также прохождении всех этапов МСР – положительный.

## Список литературы

1. Наркология: национальное руководство. Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. М.: ГЭОТАРМедиа, 2016; 944с.
2. O’Hanlon S., O’Regan N., MacLulich A.M. et al. Improving delirium care through early intervention: from bench to bedside to boardroom. J Neurol Neurosurg Psychiatry. Published on-line 2013 Jan 25. doi:10.1136/jnnp-2012-304334
3. Организация наркологической помощи. Национальное руководство. Под редакцией проф. А.В.Алимова. – Ташкент, 2014 – 476 с.
4. World Health Organization. ICD-10 diagnostic guidelines of harmful use. [Электронный ресурс]. URL: [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/definition2/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition2/en/).
5. 41. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. American Psychiatric Association. URL: <https://www.omh.ny.gov/omhweb/resources/providers/dsm-5-coding-update.pdf>. (дата обращения 04.02.2019).
6. Thiamine deficiency, oxidative metabolic pathways and ethanol-induced neurotoxicity: how poor nutrition contributes to the alcoholic syndrome, as Marchiafava-Bignami disease. European Journal of Clinical Nutrition advance online publication, 22 February 2017; doi:10.1038/ejcn.2016.267.
7. Karila L., Zarndini R., Lejoyeux M. Delirium tremens//Rev Prat. - 2014. - № 10. - P.1349-52.
8. Stagno D., Gibson C., Breitbart W. The delirium subtypes: a review of prevalence, phenomenology, pathophysiology, and treatment response. Palliat Support Care. 2004 Jun; 2(2):171-9.
9. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed.; DSM–5; American Psychiatric Association, 2013.- С. 598.
10. Sanford A.M., Flaherty J.H. Do nutrients play a role in delirium? CurrOpinClinNutrMetab Care. 2014 Jan;17(1):45- 50. doi: 10.1097/MCO.0000000000000022.
11. Galvin R., Brathen G., Ivashynka A., Hillbom M. et al. EFNS Guidelines for diagnosis, therapy and prevention of Wernicke encephalopathy. Eur. J. Neurol. 2010; 17: 1408–1418.
12. Thomson A.D., Guerrini I, Marshall E.J. The evolution and treatment of Korsakoff's syndrome: out of sight, out of mind? //Neuropsychol Rev. 2012 Jun; 22(2):81-92. doi: 10.1007/s11065-012-9196-z.
13. TekwaniParmanand H. Marchiafava–Bignami disease in chronic alcoholic patient //Radiol Case Rep. 2016 Sep; 11(3): 234–237. doi: 10.1016/j.radcr.2016.05.015.
14. Wenz H., Eisele P., Artemis D., Forster A., Brockmann M.A. Acute Marchiafava-Bignami Disease with Extensive Diffusion Restriction and Early Recovery: Case Report and Review of the Literature J Neuroimaging. 2014 Jul- Aug;24(4):421-4. doi: 10.1111/j.1552-6569.2012.00755.

15. Hillbom M., Saloheimo P., Fujioka S., Wszolek Z.K, Juvela S., Leone M.A. Diagnosis and management of Marchiafava- Bignami disease: a review of CT/MRI confirmed cases J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 2014 Feb; 85(2): 168–173. doi: 10.1136/jnnp-2013-305979.
16. Ghio L., Cervetti A., Respino M., BelvederiMurri M., Amore M. Management and treatment of gamma butyrolactone withdrawal syndrome: a case report and review. J Psychiatr. Pract. 2014; Jul;20(4):294-300. doi: 10.1097/01.pra.0000452567.84825.07.
17. Sivilotti M.L., Burns M.J., Aaron C.K., Greenberg M.J. Pentobarbital for severe gamma-butyrolactone withdrawal. Annals of Emergency Medicine, 2001, 38: 660-665.
18. Kamal R.M., van Noorden M.S., Wannet W., Beurmanjer H., Dijkstra B.A., Schellekens A. Pharmacological Treatment in  $\gamma$ -Hydroxybutyrate (GHB) and  $\gamma$ -Butyrolactone (GBL) Dependence: Detoxification and Relapse Prevention. CNS Drugs. 2017; Jan;31(1):51-64. doi: 10.1007/s40263-016-0402-z.
19. Tietz C., Strang C.M. The addicted patient in anaesthesia – benzodiazepine dependence. AnesthesiolIntensivmedNotfallmedSchmerzther. 2015; № 50(6):426-33; quiz 434. doi: 10.1055/s-0041-102700.
20. Das S., Sah D., Nandi S., Das P. Opioid Withdrawal Presenting as Delirium and Role of Buprenorphine: A Case Series. Indian J. Psychol. Med. 2017; Sep-Oct;39(5):665-667. doi: 10.4103/0253-7176.217027.
21. Horacek R., Krnacova B., Prasko J., Latalova K. Delirium as a complication of the surgical intensive care// Neuropsychiatr Dis Treat. 2016 Sep 22;12:2425-2434.
22. Rodrigo C., Seneviratne D., Sriram G., Jayasinghe S. Acute coronary ischemia during alcohol withdrawal: a case report //J Med Case Reports. 2011; 5: 369. doi: 10.1186/1752-1947-5-369.
23. Cuculi F., Kobza R., Ehmann T., Erne P. ECG changes amongst patients with alcohol withdrawal seizures and delirium tremens.// Swiss Med Wkly. 2006 Apr 1;136(13-14):223-7.
24. Sand T., Bråthen G., Michler R., et al. Clinical utility of EEG in alcohol-related seizures.// Acta Neurol Scand. - 2002. 105:18–24.
25. Bråthen G., Ben-Menachem E., Brodtkorb E., et al. EFNS guideline on the diagnosis and management of alcohol- related seizures:report of an EFNS task force.// Eur J Neurol. 2005;12(8):575-81.
26. Sullivan E.V., Pfefferbaum A. Neuroimaging of the Wernicke-Korsakoff syndrome.// Alcohol Alcohol. – 2009. - № 44(2). – P. 155-65. doi: 10.1093/alcalc/agn103. Epub 2008 Dec 9.
27. Jung Y., Chanraud S., Sullivan E.V. Neuroimaging of Wernicke's Encephalopathy and Korsakoff's Syndrome// Neuropsychol Rev. - 2012 - № 22 (2) P. 170–180. doi: 10.1007/s11065-012-9203-4.
28. Schuckit M.A. Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens)// N Engl J Med. 2014 Nov 27;371 (22):2109-13. doi: 10.1056/NEJMra1407298.
29. Long D. et al. The emergency medicine management of severe alcohol withdrawal// The American Journal of Emergency Medicine, vol. 35, no. 7, 2017, pp. 1005–1011., doi:10.1016/j.ajem.2017.02.002.
30. Sessler C.N., Gosnell M.S., Grap M.J., Brophy G.M., O'Neal P.V., Keane K.A., Tesoro E.P., Elswick R.K. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. Am J Respir Crit Care Med. 2002; 166 (10): 1338–1344.
31. Meagher D., Maeve L. The active management of delirium: improving detection and treatment. Advances in Psychiatric Treatment (2008), vol. 14, 292–301doi: 10.1192/apt.bp.107.003723.
32. Han J.H., Vasilevskis E.E., Schnelle J.F., Shintani A., Dittus R.S., Wilson A., Ely E.W., The Diagnostic Performance of the Richmond Agitation Sedation Scale for Detecting Delirium in Older Emergency Department Patients//AcadEmerg Med. - 2015. - 22(7): 878–882. doi: 10.1111/acem.12706.
33. Oldham M., Ivkovic A. Pellagrous encephalopathy presenting as alcohol withdrawal delirium: A case series and literature review//Addict SciClinPract. 2012; 7(1): 12.

34. Brust J.C.M. Acute withdrawal: diagnosis and treatment /Handbook of Clinical Neurology. - 2014. - Vol. 125. - P.123- 131. doi: 10.1016/B978-0-444-62619-6.00008-2.
35. Trivedi M., Shelly M., Park G. Advances in patient comfort: awake, delirious, or restrained. *British Journal of Anaesthesia* 2009; 103 (1): 2–5 doi:10.1093/bja/aep127.
36. Sachdeva A., Choudhary M., Chandra M. Alcohol Withdrawal Syndrome: Benzodiazepines and Beyond// *J. Clin.Diagn. Res.* – 2015.
37. Mayo-Smith M.F., Beecher L.H., Fischer T.L., Gorelick D.A., Guillaume J.L., Hill A., Jara G., Kasser C., Melbourne J. Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline. Working Group on the Management of Alcohol Withdrawal Delirium, Practice Guidelines Committee, American Society of Addiction Medicine. *Arch Intern Med.* 2004 Jul 12;164(13):1405-12.
38. Ntais C., Pakos E., Kyzas P., Ioannidis J.P. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Jul 20;(3):CD005063. DOI:10.1002/14651858.CD005063.pub2.
39. Amato L., Minozzi S., Vecchi S., Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Mar 17;(3):CD005063. doi: 10.1002/14651858.CD005063.pub3.
40. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Kaplan HI. Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2017. p. 1636.
41. Hoffman R.S., Weinhouse G.L. Management of moderate and severe alcohol withdrawal syndromes. - 2017.
42. Michael F. Weaver M.F. Prescription Sedative Misuse and Abuse//*Yale J Biol Med.* 2015 Sep; 88(3): 247–256.
43. el-Guebaly N.A., Carra`G., Galanter M. *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives*//Springer Milan Heidelberg New York Dordrecht London/ - 2015. DOI 10.1007/978-88-470-5322-9.
44. Robinson GM, Sellers EM, Janecek E. Barbiturate and hypnosedative withdrawal by a multiple oral phenobarbital loading dose technique *ClinPharmacolTher.* 1981 Jul;30(1):71-6.
45. Hammond D.A., Rowe J.M., Wong A., Wiley T.L., Lee K.C., Kane-Gil S.L. Patient Outcomes Associated With Phenobarbital Use With or Without Benzodiazepines for Alcohol Withdrawal Syndrome: A Systematic Review //*Hospital Pharmacy.* - 2017, Vol. 52(9). - P. 607–616. DOI: 10.1177/0018578717720310.
46. Gold J.A., MD, Rimal B., Nolan A., Nelson L.S. A strategy of escalating doses of benzodiazepines and phenobarbital administration reduces the need for mechanical ventilation in delirium tremens // *Crit Care Med.* Author manuscript; available in PMC 2012 Vol.35, № 3; 724–730. doi: 10.1097/01.CCM.0000256841.28351.80.
47. Jain R., Arun P., Sidana A., Sachdev A. Comparison of efficacy of haloperidol and olanzapine in the treatment of delirium//*Indian J Psychiatry.* 2017 Oct-Dec; 59(4): 451–456.
48. Meagher D.J. Delirium: optimising management//*BMJ.* - 2001. Jan 20; 322(7279): 144–149. doi: 10.1136/bmj.322.7279.144.
49. Trzepacz P., William Breitbart W., Franklin J., Levenson J., Martini R., Wang P. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Delirium. American psychiatric association steering committee on practice guidelines. American Psychiatric Association, 1999.
50. Barrons R., Roberts N. The role of carbamazepine and oxcarbazepine in alcohol withdrawal syndrome. *J Clin Pharm Ther.* 2010 Apr;35(2):153-67. doi: 10.1111/j.1365-2710.2009.01098.x.
51. Minozzi S., Amato L., Vecchi S., Davoli M. Anticonvulsants for alcohol withdrawal // *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Mar 17;(3):CD005064. doi: 10.1002/14651858.CD005064.pub3.
52. Mariani J.J., Rosenthal R.N., Tross S., Singh P., Anand O.P. A randomized, open-label, controlled trial of gabapentin and phenobarbital in the treatment of alcohol withdrawal. //*Am J Addict.* – 2006. - 15(1); 76-84.

53. Frank L.L., Thiamin in Clinical Practice. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 2015; 39 (5): 503-520.
54. Schneider P., Nejtek V.A., Hurd C.L., A case of mistaken identity: alcohol withdrawal, schizophrenia, or central pontine myelinolysis? //*Neuropsychiatr Dis Treat.* 2012; 8: 49–54. doi: 10.2147/NDT.S27634.
55. Soupart A., Decaux G. Therapeutic recommendations for management of severe hyponatremia: current concepts on pathogenesis and prevention of neurologic complications. *Clin Nephrol.* 1996 Sep;46(3):149-69.
56. Sarai M., Tejani A.M., Chan A.H., Kuo I.F., Li J. Magnesium for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jun 5;(6):CD008358. doi: 10.1002/14651858.CD008358.pub2.
57. Robakis T.K., Hirsch L.J. Literature review, case report, and expert discussion of prolonged refractory status epilepticus. *Neurocrit Care.* 2006;4(1):35-46
58. Nechifor M. Magnesium in addiction - a general view. *Magnes Res.* 2018 Aug 1;31(3):90-98. doi: 10.1684/mrh.2018.0443.